O NOWSZYCH POGLĄDACH BLEULERA NA SCHIZOFRENIĘ

podał

Dr. EUGENJUSZ BRZEZICKI (Kraków.)

cz. lekarz wol. w Burghölzli — Zürich (Szwajcarja).

Tylko człowiek może zachorować na schizofrenię. Inne choroby umysłowe, jak np. stany maniako-depressywne, epilepsja i t. d. mogą się zjawiać i u zwierząt; trudno sobie jednakże wyobrazić, by zwierzę mogło zachorować na schizofrenię, gdyż ta choroba zdarza się jedynie u ludzi. Takie jest zdanie Bleulera.

Oczywiście trudno jest mówić o chorobach umysłowych zwierząt, prawie nic o nich nie wiedząc, chociaż hysteryczne i epileptyczne objawy były już często u zwierząt obserwowane i opisane. Zdaje się jednak, że i ze schizoidnemi rysami spotykamy się u zwierząt domowych jak np. z podejrzliwością, nietowarzyskością, chytrością i autyzmem, co zresztą podniósł i Adametz na VI. Zjeździe Psychjatrów Polskich. Dlatego też to fascynujące poniekąd zdanie Bleulera należy przyjąć z wielką rezerwą.

Jak wiadomo w miejsce Kraepelinowskiego terminu Dementia praecox zaproponował Bleuler znacznie trafniejszy termin ***„schizofrenia“***, wychodząc ze słusznego założenia, że choroba ta powstaje często dopiero w życiu późniejszem i często nie tylko nie prowadzi do otępienia, ale cofa się w zupełności. W tym czasie nazwa „folie discordante“ zaproponowana przez ***Chaslin*** nie była jeszcze znana. I dziś jeszcze w niektórych klinikach używa się nazwy schizofrenia dla określenia lekkich stanów chorobowych, gdy dla określenia ciężkich stanów, używa się terminu dementia praecox. Najlepszym dowodem jak trudno jest czasami przydzielić jakiś przypadek do grupy schizofrenii jest to, że Bleuler sam starał się przez pewien czas odłączyć lekkie formy schizofreniczne, przebiegające pod formą zespołu paranoidalnego od grupy schizofrenii. To samo zrobił zresztą dawniej i Kraepelin odłączając t. zw. paraphrenię od dementii praecox.

1. Schizofrenia różni się od innych chorób umysłowych pewnemi cechami. Przedewszystkiem we wszystkich przypadkach schizofrenii

mamy mieć według Bleulera charakterystyczne zmiany anatomiczne. Mają one nawet być tak charakterystyczne, że już na pierwszy rzut oka pozwalają na postawienie djagnozy. — Sshizofrenja jest zatem według Bleulera, nietylko jednostką kliniczną, ale i jednostką anatomo-patologiczną. Mojem zdaniem, przypomnę tu tylko mój zjazdowy referat, jest to jeden z tych poglądów Bleulera, które mogą podlegać dyskusji. Dlatego też zwróciłem uwagę Bleulera na licznych anatomów, którzy w schizofrenji nie znaleźli żadnych zmian anatomicznych. Otrzymałem na to moje zastrzeżenie odpowiedź, że nikt z anatomów nie przeszukał jeszcze w schizofrenji całego mózgu serjami. To, że ci autorowie zmian jeszcze nie znaleźli, nie jest dowodem, że one nie istnieją. — Nie zdaje mnie się jednak, żeby ta odpowiedź Bleulera wszystkich mogła zadowolić.

Przechodząc do objawów klinicznych, uważa Bleuler wyliczanie wszystkich symptomów chorobowych za rzecz trudną, dlatego też łatwiej jest z punktu widzenia semiologii dojść do celu ze strony negatywnej, per exclusionem; a więc percepcja, orjentacja pamięciowa, koordynacja motoryczna, są w schizofrenji zupełnie normalne. Taksamo charakterystyczne cechy psychoz organicznych jak np. otępienia starczego, paraliżu postępującego i t. d., a więc niedokładność i powolność percepcyjna, zmniejszenie się ilości równoczesnych associacji i zależność ich od danej chwili, trudności ekforji wspmnień z ostatnich czasów, labilitas usposobienia i t. p. objawy, nie są symptomami schizofrenicznemi. W dziedzinie schizofrenji nie spotykamy się również z zaburzeniami charakteru tak, jak w epilepsji, a więc z powolnością myślenia, z wahaniem się i egocentrycznem zwężeniem myśli, z trudnością oderwania się od tematu, perseweracją afektywną i tendencją do gubienia się w szczegółach. W tensam sposób możnaby wykluczyć i inne objawy chorób psychicznych, których nie znajdujemy w schizofrenji.

Jedynemi wyjątkami są psychoza maniakodepresyjna, jakoteż i nerwica, których objawy są bardzo częste w schizofrenji, chociaż oczywiście zawsze w połączeniu z charakterystycznemi cechami rozszczepienia schizofrenicznego. Z powyższego więc jasno wynika, że grupa schizofrenji przedstawia pewne właściwości jedynie charakteryzujące tę chorobę. We wszystkich formach tej właśnie choroby, nawet w przypadkach najmniej charakterystycznych, znajdujemy pewne rozluźnienia normalnych associacji — „Assoziationslockerung". N. p. na pytanie, gdzie leży Egipt, nikomu ze zdrowych nie przyjdzie na myśl odpowiedź, że Egipt leży między Assyrją a Kongiem. Już sam fakt associowania starożytnego państwa Assyrji z nowoczesnem państwem Kongo, oznacza ignorowanie czasu w podświadomości chorego. A przecież orjentacja w cza-

się, gra u zdrowego we wszystkich przejawach życiowych tak wybitną rolę. Egipt zresztą nawet nie graniczy z wyżej wymienionemi krajami. I chociaż z odpowiedzi chorego wynika bezwzględnie, że chory dokładnie się orjentuje w geografji i że nie chodzi tu o t. zw. „Trotzeinstellung", to przecież najprostsza odpowiedź, któraby nasunęłaby się odrazu każdemu z nas, jak to, że Egipt leży na północnym wschodzie Afryki, nie przychodzi na myśl choremu. Aby uwydatnić jeszcze silniej znaczenie tego zaburzenia associacji, należałoby może dać jeszcze kilka podobnych przykładów, jednakże już ten jeden powinien nam wystarczyć do wykazania tego „rozluźnienia associacji". Z tego rozluźnienia associacji można wyprowadzić różne dalsze zaburzenia tyczące się logiki myślenia i koncepcji, jak n. p. niedostateczność sądu, niedokładność, skondenzowanie kilku koncepcji w jedną i t. d.

Zaburzenia w sferze afektywnej mogą dojść do takiego stopnia nasilenia, że chory przez lata całe może ich zupełnie nie wykazywać. Chory taki żyje życiem czysto wegetatywnem, nie zwracając najmniejszej uwagi na siebie, tak, że nawet „instynkt" rozmowy może kompletnie zaniknąć. Takich chorych musimy oczywiście karmić, wieczorem musi się ich kłaść do łóżka, a rano wyciągać z łóżka, a w razie pożaru nawet wyprowadzić z zakładu, gdyż chorzy tacy daliby się żywcem spalić bez wykonania najmniejszych prób ucieczki. Tacy chorzy mogą być tak obojętnymi, że znoszą bez słowa skargi najgorsze odnoszenie się pielęgniarzy.

Oczywiście w lżejszych przypadkach zaburzenia są mniej wybitne, jednak zdaniem Bleulera, zachodzi wtedy tylko różnica w stopniu nasilenia, a nie w jakości symptomów. Oprócz tego chory taki może bardzo nierównomiernie reagować na coś, co bezwzględnie powinno u niego wywołać odpowiednią afektywną reakcję. Oczywiście w niektórych przypadkach reakcja może być nawet zupełnie normalną, w innych, niema jej zaś zupełnie, nawet po najdrastyczniejszej przyczynie. W takich razach afektywność może być żupełnie sztywną, „steif", i nie iść równolegle ani z zewnętrznemi, ani też z wewnętrznemi zadrażnieniami. Mówimy wtedy, że plastyczność i ruchliwość uczuciowa jest zniesioną. Bleuler nazywa ten stan afektywną adiadochokinezą. Jednakże reakcje mogą być także zupełnie paradoksalne i wtedy możemy spotkać się z obrazem paratymii lub paramimii. Jeśli dwa zupełnie różne uczucia nadają równocześnie czynnościom lub myślom chorego odpowiedni charakter, to Bleuler nazywa ten stan ambiwalencją. Jeśli chory nie ma dostatecznego kontaktu z otoczeniem i żyje w swoim światku, to taki stan nazywamy autyzmem.

Dla Bleulera zaburzenia assocjacji, zaburzenia życia afektywnego jakoteż i autyzm są trzema kardynalnemi symptomami nigdy nie brakującemi w schizofrenii.

Wszystkie inne nam znane objawy schizofreniczne są mniej stałe, nie zawsze towarzyszą chorobie, mogą istnieć, znikać lub powtarzać się. Niektóre jednak z tych pobocznych dodatkowych objawów mogą być dla schizofrenii również bardzo charakterystyczne jak n. p. uczucie, że myśli chorego są nagle zatrzymane, „Sperrung", że myśli są narzucane, odciągane i to przez wrogów chorego, hypnotyzm i t. p. przyczyny. Tylko w schizofrenii spotkać można chorych znakomicie zorjentowanych, mających jednak całe masy ogólnych kinestetycznych halucynacji (jak n. p. uczucie elektryzowania, bicia, palenia, krajania, gwałcenia), a także takich, którzy nagle wykonują jakieś impulsywne czynności bez wystarczających motywów.

2. Pomięszanie spotykane w przewlekłych stanach schizofrenii, silnie się różni od pomięszania innego pochodzenia. Katalepsję, stupor, hyperkinezję, stereotypie, negatywizm, echopraksię i automatyzmy czyli wszystkie objawy katatoniczne możemy spotkać w formach wyraźnych tylko w schizofrenii lub psychozie mięszanej. Podobne objawy spotykane w encephalitis epidemica mają mieć — zdaniem Bleulera — zupełnie odmienny charakter. W gruncie rzeczy te wszystkie symptomy, które Bleuler uważa za objawy poboczne, mają także wybitnie schizofreniczny charakter. N. p. halucynacje schizofrenika różnią się zupełnie od halucynacji deliranta. Zresztą Kraepelin oparł swoje koncepcje o dementii praecox właśnie głównie na tych pobocznych objawach. W ten więc sposób możemy wyliczyć całą moc objawów spotykanych jedynie w grupie schizofrenicznej. I chociaż u jednego chorego nie spotykamy nigdy wszystkich objawów schizofrenicznych razem, to przecież kilka z powyżej wymienionych wystarczą nam dla postawienia dokładnej djagnozy. Bleuler jest także zdania, że objawy zależą w silnym stopniu od rasy. I tak schizofrenia u Słowianina będzie inną, jak u Germanina, chociaż oczywiście objawy schizofreniczne u dwóch Słowian mogą być różne. Oczywiście nadbudowa psychiczna będzie tu grała główną rolę, gdyż Słowianie mają w porównaniu do Germanów znacznie więcej hysteroidnych cech, które nadadzą charakterystyczne piętno całej chorobie.

3. Różnice skonstatowane w różnych obrazach i poddziałach klinicznych bezwzględnie nie dają nam prawa do rozczłonkowania grupy schizofrenicznej. Te różnice bowiem są tylko zewnętrznym wyrazem jedynego podstawowego procesu chorobowego. Schizofrenia, tak-

samo zresztą, jak każda inna choroba n. p. gruźlica, może się objawiać pod różnemi klinicznemi postaciami. Dzisiejszy syndrom katatoniczny paranoidalny, konfuzyjny lub dementywny, może być zastąpiony jutro przez inny zespół schizofrenicznej natury. Oczywiście większa część stanów końcowych w schizofrenii nie zmienia się wybitniej, jednak rodzaj postaci w stanach początkowych choroby, pozwala nam czasami odgadnąć prognozę i rodzaj formy końcowej. I tak n. p. formy paranoidalne o powolnym przebiegu, zachowują zwykle aż do końca swój charakter paranoidalny, gdy przeciwnie chroniczne, katatoniczne formy, kończą się zwykle daleko posuniętem otępieniem. Powyższe przykłady nie przeszkadzają jednak twierdzeniu, że w większości przypadków rodzaj objawów początkowych nie pozwala nam przewidzieć, jakie objawy towarzyszyć będą chorobie w stanach końcowych. Dlatego też wydzielanie stanów paranoidalnych ze schizofrenii zupełnie nie mogło się udać. Prof. Maier z Zurychu wykazał zresztą, że $^2/_3$ chorych, na których Kraepelin opierał swoją teorję o parafrenii objawiało po 9 latach także i inne znamiona schizofrenii. To samo zdaniem Bleulera da się powiedzieć i o próbach wydzielenia katatonji z grupy schizofrenicznej, chociaż wielu poważnych nawet autorów uważa katatonję za chorobę czysto neurologiczną. To samo także odnosi się i do różnic w szybkości postępu choroby. Na pierwszy rzut oka zdawaćby się mogło, że chroniczny paranoid nie ma nic wspólnego n. p. z ostrą katatonią, która przecież po kilku nawet miesiącach może zupełnie ustąpić. Jednakże jeśli będziemy dokładnie śledzić zachowanie się pacjentów cierpiących na te dwie formy chorobowe, to często się przekonamy, że choroba zwykle postępuje naprzód nieznacznie, tem niemniej jednak stale. Każdy t. zw. „schub“ pogarsza zwykle ogólny stan. Oczywiście nie należy zapominać, że choroba ta w każdej fazie swej ewolucji nietylko może się zatrzymać, ale i cofnąć. Jednak przed i po każdym „schubie“ możemy często zauważyć okres chronicznej ewolucji, a nawet w przypadkach, w których stan rzekomo wcale się nie zmienia, nigdy nie możemy wykluczyć możliwości ostrego pogorszenia.

Między zatem poszczególnemi formami schizofrenii może być na oko olbrzymia różnica, jednak liczne formy przejściowe tworzą właśnie ten pomost łączący i spajający te poszczególne formy w jedną całość. Zresztą każdy objaw ma swoje maximum i minimum nasilenia, jednak różnica jest tylko ilościowa. I tak n. p. otępienie schizofreniczne może się u jednego objawiać ledwo tylko dostrzegalnym lekkiem osłabieniem intelektualnym, u drugiego zaś może się objawiać najcięższą formą otępienia. Takie schizofreniczne otępienie może się charakteryzować po-

jawieniem się w coraz to większej ilości fałszywych i nie „à propos" associacji, dalej tem, że kontakt ze światem zewnętrznym jest zmieniony lub zniesiony, a także tem, że życie afektywne chorego jest jakby zablokowane. Jeśli wyżej wymienione objawy są silnie zaznaczone, to wtedy otępienie schizofreniczne jest wyraźne i postawienie djagnozy jest łatwe. Jeśli przeciwnie anormalne assocjacje są rzadkie, jeśli życie afektywne chorego nie jest tak silnie zaburzone, żeby dany osobnik uważany był za umysłowo chorego przez otoczenie, to wtedy mówimy tylko o psychopatji, dziwactwie lub neuropatji. A przecież jak wiemy chodzi tu jedynie tylko o różnice ilościowe. W pierwszym przypadku nasilenie objawów jest wybitne i dotyczy wszystkich prawie objawów życiowych chorego, w drugim zaś przypadku dominują jeszcze objawy normalne. W obu jednak przypadkach materjał myślowy ma być w całości nie naruszony.

4. Pomięszanie schizofreniczne jest wynikiem wyraźniejszych zaburzeń w assocjacjach. Oczywiście rozluźnienie assocjacji, które właśnie prowadzi do tego pomięszania, przedstawia pewne charakterystyczne odcienia. A jednak przyznać należy, że i w innych formach schizofrenii takie odcienia mogą się również znajdować, choć w stopniu słabszym. Próby oddzielania przypadków ciężkich od lżejszych są jednak nie realne, chociażby dlatego, że każda schizofrenia nie tylko może się w swoim przebiegu zatrzymać, ale i cofnąć.

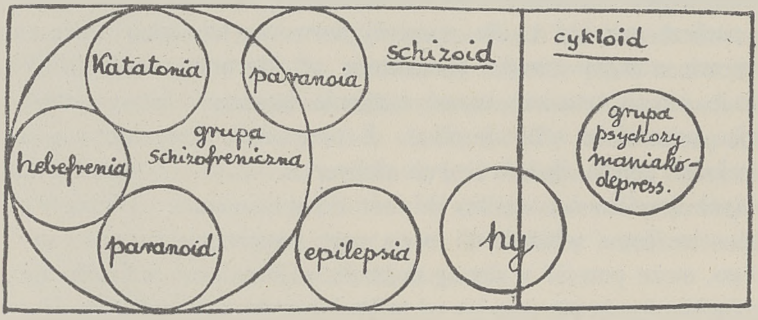
Z psychologicznego punktu widzenia ostra katatonja, manja hebefreniczna, urojenie prześladowcze i objawy otępienia są zupełnie różnemi stanami i dlatego niektórzy autorowie uważają te stany za poszczególne jednostki chorobowe. Wtedy różnica polega jedynie w klasyfikacji.

Przed kilkunastu laty — wysięki stanowiły jednostkę chorobową. Dziś wiemy, że wysięki mogą być różnego pochodzenia n. p. gruźliczego, reumatycznego, streptokokowego i t. d., i że klasyfikujemy je wedle choroby, która je wywołuje. To samo dzieje się w psychjatrji. Dla łatwiejszego porozumienia się używamy nazwy jak n. p. paranoid, katatonia, hebefrenia i t. d. nie zapominając jednak, że wszystkie te choroby należą do jednej i tej samej grupy schizofrenicznej.

W przebiegu paraliżu postępującego spotykamy się z symptomami manjakalnemi, melancholicznemi lub katatonicznemi. A jednak djagnoza się nie zmienia, gdyż opieramy się na anamnezie, etiologii i anatomii patologicznej. Był czas, kiedy lekkie przypadki gruźlicy były uważane za jedną chorobę, a „suchoty" za drugą. Dzisiaj ani się o tem nawet nie myśli. W analogiczny sposób nauczyliśmy się łączyć w jedną całość

lekkie i ciężkie formy schizofrenii. W chwili obecnej nie można znaleść dostatecznych jakościowych i ilościowych powodów, by stworzyć znowu nowe nazwy, któreby odpowiadały biologicznym danym. Zresztą nawet przy dokładnem psychologicznem badaniu musimy także przyjść do przekonania, że wszystkie kliniczne formy schizofreniczne wykazują przynależność do jednej grupy chorobowej. Próby zaś posunięcia klasyfikacji chorób umysłowych zbyt daleko, dały conajmniej wątpliwe wyniki. Wystarczy przypomnieć, że Chaslin w swojem dziele „La confusion mentale primitive" wydzielił aż 31 stanów halucynacyjnych. Z całą pewnością nie znalazł się nikt jeszcze, którby używał tak zawiłej nomenklatury Chaslin'a. Zresztą poszczególne stany opisane przez Chaslin'a nie dadzą się nawet praktycznie oddzielić.

Grupę schizofreniczną można przedstawić graficznie jako koło, przecinające się w jednem miejscu z paranoją, a przylegające w drugiem do epilepsji. Histerja stałaby na pograniczu między temperamentem schizotymicznym, a syntonicznym z przewagą schizoidnej komponenty. (Cechy hysteryczne znajdujemy prawie we wszystkich chorobach psychicznych). Grupa psychozy cyrkularnej znajdowałaby się w mniejszym odcinku prostokąta części cykloidnej.



Ostatnie badania Kretschmerowskie, odnoszące schizofrenię do pewnych typów konstytucyjnych, są dla Bleulera jeszcze jednym dowodem, że schizofrenia jest rzeczywiście jednostką chorobową i to tak z punktu widzenia klinicznego, jak heredobiologicznego, etiologicznego i anatomicznego. Czy tę jednostkę nazwiemy chorobą, czy stanem, jest to już tylko kwestją gustu. Osobiście Bleuler uważa schizofrenię za chorobę.

Bleulerowska koncepcja o schizofrenii jest stosunkowo najbardziej przejrzystą i jasną. Znając dokładnie wszystkie wskaźniki Bleulera trudno jest postawić fałszywą djagnozę. W najgorszym razie możnaby

niektóre z tych stanów pomięszać z paranoją Kraepelina. Sama zaś paranoja jest zdaniem Bleulera psychogeniczną reakcją powstałą na tle schizoidalnej konstytucji, jako odrębna odmiana chorobowa. Różni się zaś od schizofrenii brakiem zmian anatomicznych i symptomów powstałych na tym tle. Zaś w grupie schizofrenicznej mieszczą się wszystkie stany zaczynające się nieznacznie od stanu zupełnego zdrowia i przechodzące stopniowo aż do najwyższych stanów otępienia, pomięszania, czy katatonji. Oczywiście jest jasnem, że lżejsze formy są najtrudniejsze do zdjagnozowania, taksamo zresztą jak trudnem do zdjagnozowania są lekkie formy tbc. lub debilitatis. Ta trudność djagnozy jest dlatego tak dużą, gdyż wrodzony charakter chorego obserwowany jeszcze przed wybuchem choroby, wykazuje w zawiązku te same rysy, z któremi spotykamy się i w rozwiniętej postaci schizofrenii. Jeśli obserwacja udowodni u jednostki, nie wykazującej w życiu społecznem odstępstw od normy i uważanej przez wszystkich za zdrowego osobnika, obecność jednego lub kilku urojeń lub halucynacji (nawet skrzętnie ukrywanych przed otoczeniem) to wtedy powinniśmy postawić djagnozę „schizofrenia latens". Tę formę schizofrenii wolno nam także rozpoznać gdy u t. zw. psychopaty konstytucjonalnego znajdziemy anamnestycznie w pewym, najczęściej młodzieńczym, okresie życia czas, w którym pacjent przebył t. zw. rozstrój nerwowy lub silną „neurastenię" z typową zmianą swego charakteru w kierunku schizofrenicznym. Głównie jednak musimy uznać istnienie latentnej formy schizofrenii, badając przeszłość schizofrenika. Z pewnością skonstatujemy w jego przeszłości pewną ilość różnych dziwactw, które w świetle naszych obecnych wiadomości musimy odnieść do schizofrenii. Widzimy zatem, że latentna forma schizofrenii przez samo zaostrzenie się procesu chorobowego, może przejść w formę dojrzałą. (Manifeste Schizofrenie). Jak długo schizofrenia nie jest jawną tylko latentną, to nazywamy ją zwykle „przez grzeczność" psychopatją lub po francusku dégénérescence. Dopiero wtedy, gdy oczywiste oznaki schizofreniczne rzucą się nam w oczy mamy odwagę mówić o schizofrenii. Najlepszym dowodem jest to, że t. zw. Magnanowskie „boufées délirantes" spotykamy tak u schizofreników, jak i u t. zw. degeneratów.

Na powyższe zapatrywanie Bleulera trudno się zgodzić we wszystkich punktach. Jeśli bowiem przypuścimy, że schizofrenia jest jednostką nie tylko kliniczną ale i anatomo-patologiczną z zupełnie charakterystycznemi zmianami anatomicznemi, to trudno jest nam uwierzyć, żeby schizoid różnił się od schizofrenii tylko ilościowo i żeby między zdrowiem, a ciężką bądź co bądź chorobą było tylko płynne przejście.

Raczej łatwiej jest nam przypuścić, że schizofrenia jest toksykozą lub procesem abiotroficznym o różnym stopniu nasilenia, mogącym dać czasami niecharakterystyczne anatomo-patologiczne zmiany. Wtedy hypoteza o płynnych przejściach między schizoidem, a schizofrenią stanie się możliwą do przyjęcia.

Według Bleulera trudno jest postawić granice między schizofrenią, a nerwicą. Wszystkie symptomy hysteryczne, neurasteniczne, obsesje, jednem słowem wszystkie symptomy nerwicowe spotykamy również i w przebiegu schizofrenii. Dlatego też przewlekłe, nieprononsowane formy schizofrenii są przez wielu klinicystów mylnie rozpoznawane, mimo, że dokładna i pewna djagnoza ma w tych przypadkach ważne prognostyczne znaczenie (Zwangsneurose).

A teraz należałoby powiedzieć kilka słów o przebiegu innych spraw psychotycznych u schizoidów; najjaśniej przedstawia się ta sprawa w psychozach organicznych. Jest oczywistem, że jeśli schizoid nabawi się paraliżu postępującego, otępienia starczego lub psychozy Korsakowa, to symptomy schizoidne będą komplikować dany obraz chorobowy. W nieorganicznych psychozach, najciekawszą formą będzie kombinacja symptomów schizofrenicznych z maniako-depressywnemi. Wtedy przychodzi do 3 możliwości: 1) Albo pojawiają się napady maniako-depresywne o zabarwieniu schizofrenicznem; w tych przypadkach nie przychodzi nigdy do formy dementywnej. 2) Albo pojawia się schizofrenia o cechach maniako-depressywnych, mająca nie najgorszą prognozę. 3) Lub pojawiają się równocześnie obie choroby z ich skutkami. Tę interesującą formę chorobową opisała Minkowska, a ciekawą jest dlatego, że ta forma może się przenosić z pokolenia na pokolenie. U takich chorych pojawiają się na przemian napady maniako-depressyjne i „schuby" schizofreniczne które ewentualnie mogą prowadzić do otępienia.

Wielce prawdopodobnem jest także, że niektóre stany maniakalne lub depressywne są niczem innem, jak objawami procesu schizofrenicznego. Prognoza takich mięszanych stanów zależy oczywiście od nasilenia tegoż procesu.

Od czasu badań Kretschmera i jego uczni jest dla nas zupełnie zrozumiałą rzeczą, że i epilepsja może często kombinować się ze schizofrenią. Jeśli schizofrenia wybuchnie u debila, to połączenie tych dwóch stanów nie daje zasadniczo nic bardziej charakterystycznego. Należy jednak pamiętać, że paranoia u oligofrenów, u których spotykamy się z wielką skłonnością do halucynacji sprawia pewne większe diagnostyczne trudności, gdyż niesłusznie uważana być może za paranoid schizofreniczny.

7. Schizofrenię należy uważać za chorobę fiziogenną czyli organiczną. Nie należy jednak zapominać o tem (co niestety aż za często się dzieje), że schizofrenia posiada olbrzymią psychogenną nadbudowę i że znaczna większość objawów tej choroby, jak halucynacje i urojenia jakoteż i cały sposób zachowania się chorego zależy w dużym stopniu od mechanizmów psychologicznych. Nie należy jednak popełniać tego błędu, jak to czynią szkoły psychoanalityczne, żeby z tego powodu uważać schizofrenię za chorobę psychogennicznego pochodzenia. Ta ich hypoteza jest bezwzględnie fałszywą, gdyż schizofrenia ma dużo wspólnych cech z organicznemi psychozami, jak n. p. takie symptomo-kompleksy, które powstają wprost na tle anatomicznych zmian, chociaż ma także pewną ilość wspólnych cech z nerwicami, jak n. p. ewolucję symptomów psychogennych na podstawie pewnej szczególnej konstytucji.

Organiczne pochodzenie schizofrenii nie ulega już dziś żadnej wątpliwości. O zapatrywaniu Bleulera na zmiany anatomo-patologiczne, mówiliśmy już wyżej. Z klinicznego punktu widzenia należy podnieść, że po 1) większość ostrych ataków powstaje bez widocznego motywu psychicznego, że po 2) droga do następowego otępienia jest również niezależna od sytuacji psychicznej i po 3) chorobę tę spotykamy we wszystkich warstwach społecznych. Porywa ona swoje ofiary, taksamo licznie między biednemi, jak i bogatemi. Ostatnia wojna mimo wszystkich shocków, trudności życiowych i reakcji hysterycznych nie powiększyła kadrów schizofrenicznych. Zresztą nauczyliśmy się już dziś bez większych trudności odróżniać psychogenne symptomy od organicznych.

8. Przyczyna powstawania schizofrenii jest na razie nie zbadaną. Może być, że zaburzenia w chemizmie organizmu powodują powstanie tego stanu. Możliwem jest, że jakaś przyczyna toksyczna lub pierwotne zmiany abiotroficzne wywołują nagle te charakterystyczne psychiczne symptomy, z których najważniejsze są zaburzenia associacji. Większość innych pozostałych symptomów udaje się zwykle, zdaniem Bleulera, z łatwością wyprowadzić z powyższego zasadniczego zaburzenia. Oczywiście to ostatnie zdanie Bleulera jest hypotezą, może nawet i niesłuszną. Zresztą sam Bleuler nie przypisuje tej hypotezie większego znaczenia, gdyż symptom, o którym mowa, jest tylko wyrazem ogólnego psychicznego zaburzenia w życiu osobnika.

Prawdopodobnem jest również, że zaburzenia w funkcji jąder podkorowych odgrywają dużą rolę w powstawaniu katatonji i zaburzeń z dziedziny afektu. Bleuler ma nawet wrażenie, że w schizofrenii główną rolę grają zaburzenia wszystkich instynktów, na razie jednak nie umie tego swojego przypuszczenia dostatecznie udowodnić.

Jak już poprzednio było wzmiankowanem z rozluźnienia associacji łatwo można dalej wyprowadzić tak zaburzenia logiki, jakoteż i urojenia.

Wszystkie halucynacje czuciowe spotykane tak w schizofrenii jakoteż i w niektórych innych psychozach organicznych, jak n. p. w delirium tremens, są tylko rezultatem źle interpretowanych parestezyi, czyli, że rzeczywiste podrażnienia zakończeń nerwowych są przez chorego na zewnątrz projektowane i ewentualnie także materjalizowane. N. p. uczucie, że się jest elektryzowanym jest z początku parestezją, którą sobie chory fałszywie interpretuje zależnie od swych urojeń. To samo odnosi się co do halucynacji wzrokowych. W halucynacjach słuchowych muzyka i głos są pochodzenia organicznego, oczywiście jednak treść tych halucynacji i rodzaj głosu zależne są od pewnych kompleksów, czyli, że są one psychogenicznego pochodzenia. Symptomy katatoniczne z ciężkiemi zaburzeniami ideacji, woli i ruchu są z pewnością organicznego pochodzenia, jednak i tu nadbudowa psychiczna może grać olbrzymią wprost rolę. Najlepszym dowodem są n. p. nagłe ruchy ciężkich katatoników powstałe pod wpływem afektu.

9. Jest wielce prawdopodobnem, choć trudnem do udowodnienia, że niektóre stany maniakalne lub depressywne w przebiegu ostrej schizofrenii są cyklotymicznego pochodzenia.

Pod wpływem otoczenia, pewnych zdarzeń, trudności mogą powstać pewne psychogenne objawy n. p. hysteryczne, neurasteniczne lub hypochondryczne. W schizofrenii zdolność odróżniania symptomów psychogennych od organicznych, ma olbrzymie praktyczne znaczenie i to nietylko prognostycznie, ale i społecznie n. p. ze względu na asekurację, przyjmowanie posad, w zeznaniach sądowych i t. d.

Symptomy organiczne, które oczywiście także mogą się cofać, są dowodem istnienia lub posuwania się procesu naprzód. Symptomy psychogenne powinny zniknąć zupełnie po usunięciu przyczyny. O ile przyczyna nie zostanie usuniętą, objawy psychogenne mogą się zamieniać stopniowo w chroniczne, jak to się n. p. dzieje w urojeniu prześladowczem, które powstaje zwykle na podstawie pewnych kompleksów. Nie wolno nam jednak nigdy zapomnieć, że większość symptomów jest pochodzenia mięszanego, czyli ma ona swoją organiczną i psychogenną komponentę. N. p. ślub młodszej siostry wywołuje w świadomości lub podświadomości u starszej siostry cierpiącej na latentną formę schizofreniczną, czyli na t. zw. psychopatję, pewien kompleks wrażeniowy, z powodu którego jej się zdaje, że jest ona niezdolną do polubienia kogoś, a także, że wogóle nie może być lubianą. Ten uraz psychiczny może

wywołać reakcję schizofreniczną, któraby rzecz oczywista, nie doszła do skutku, gdyby właśnie nie ten uraz.

10. Głównie psychogenne objawy przykuwają naszą uwagę z terapeutycznego punktu widzenia i te na razie są dostępne leczeniu. Po t. zw. „schubie" schizofrenicznym widzi się często, że chory nie może wrócić w życiu codziennem na tory normalne. Chory taki wprost kurczowo się trzyma niektórych urojeń, lub wykazuje pewne tendencje patologiczne, jak n. p. myśli samobójcze. Oczywiście już to, że chory nie może powrócić do normalnego trybu życia, jest oczywistym dowodem, że organiczny proces schizofreniczny jeszcze nie ustąpił, jednak i w tych razach próbując psychoterapję lub ewentualnie ostrożną psychoanalizę można często dojść do wcale ładnych terapeutycznych rezultatów. Powyższa sytuacja chorego przypomina nam, do pewnego stopnia, normalnego człowieka, który obudziwszy się po jakimś bardzo żywym śnie, nie może się zrazu zorjentować, co było snem, a co jawą (Traumhafte Zerfahrenheit). W przypadkach, gdzie przeważają symptomy organiczne, tam natrafia leczenie na przeszkody nie do przebycia. Przeciwnie zaś w przypadkach, gdzie większą jest psychogenna nadbudowa, prognoza zależy w dużej mierze od zdolności lekarza i jego umiejętności postępowania z chorym. Niejeden chory, który w jednym zakładzie siedziałby bez poprawy do końca swego życia, przeniesiony do drugiego zakładu, wraca pod wpływem odpowiedniego psychoterapeutycznego leczenia szybko do codziennych zajęć. Właśnie schizofrenia jest jedyną może psychozą, w której lekarz może wrócić choremu dużo z jego utraconych zdolności przystosowania się do życia.

11. Treść omamów i urojeń zależy od życzeń i obaw pacjenta. Jedynie w ciężkich przypadkach zamroczeń katatonicznych musimy odstąpić od tej hypotezy. Jest rzeczą oczywistą, że niektóre z tych życzeń i lęków zostały „verdrängt", *wyparte ze świadomości,* wobec czego, znajdując się w podświadomości, muszą być dla chorego nieznane. Dlatego też halucynacje i urojenia powstające w podświadomości, mają obcy charakter dla chorego i chory taki nie poznaje w nich swoich myśli i nie przypuszcza nawet, że pochodzą z jego osobowości. Nawet w chronicznych stanach urojeniowych, gdy pomięszanie jest bardzo silne, można jeszcze doszukać się w odpowiedni sposób głębokiego znaczenia urojeń. Oczywiście tu, znajomość psychologicznych mechanizmów odkrytych przez Freuda, jest pierwszorzędnej wagi. I mimo, że Bleuler sam nie jest Freudystą, uważa on, że lekarz nie obznajomiony z temi mechanizmami, może być co najwyżej dobrym djagnostą, nie będzie zaś nigdy dobrym terapeutą.

Większą część swoich obaw i pragnień, głównie pragnień seksualnych, wyraża chory symbolicznie. Zwykłe potoczne słowa mogą mieć dla chorego zupełnie inne znaczenie, taksamo kilka myśli może się skondensować i t. d. Często też mieliśmy w Burghölzli sposobność obserwowania mało inteligentnych chorych, którzy o Freudzie nigdy nie słyszeli, a którzy tłumaczyli swoje uczynki, myśli i sny dokładnie w sposób podany przez Freuda.

Dlatego też zdaniem Bleulera wszystkie te freudowskie mechanizmy bezwzględnie i zawsze odnajdujemy w schizofrenii i oczywiście seksualizm gra tu główną rolę. Jeśli chodzi o pacjentkę, to możemy śmiało powiedzieć, że wszystkie jej urojenia są seksualnego pochodzenia; oczywiście mamy tu na myśli szerokie freudowskie pojęcie seksualizmu. U pacjenta również znajdujemy pewną ilość seksualnych kompleksów, które zresztą istnieją zwykle obok kompleksów innego pochodzenia. Pod tym jednym względem uważa się Bleuler za adepta Freuda, gdyż uważa seksualizm za ten „spiritus movens“ prawie wszystkich czynności człowieka.

Nie ulega też najmniejszej wątpliwości, że te seksualne kompleksy grają dominującą rolę w powstawaniu nerwic. Jednakowoż są rzeczy, co do których Bleuler nie zgadza się z Freudem. Nie wierzy on mianowicie w ewolucję instynktu seksualnego, a już zupełnie nie zgadza się z teorją Freuda o psychogennem pochodzeniu schizofrenii. Uważa on, jak już to zresztą podnieśliśmy powyżej, że symptomy psychogenne są pierwszorzędnej wagi, jednak nie są jedyne.

12. U członków rodzin schizofreników, jakoteż i u nich samych możemy się doszukać, przed wybuchem choroby, pewnych bardzo charakterystycznych cech charakteru. Te cechy charakteru są we wszystkich punktach podobne do tych cech, jakie charakteryzują chorego także i po uspokojeniu się „schubu" schizofrenicznego. Pod względem jakościowym nie różnią się one wiele od symptomów jawnej schizofrenii, która jest niczem innem jak silnem ilościowym wzmożeniem powyżej podanych cech. Bleuler i Kretschmer określają ten stan nazwą schizoidu. Jeśli u schizoidu granice normy zaczynają być przekraczane, wtedy mówimy o schizopatji, którą moglibyśmy inaczej nazwać psychopatją u schizoidu. W końcu tam, gdzie już zaczął się proces organiczny mówimy o schizofrenii. Schizoidalny sposób myślenia i czucia jest według Bleulera tylko wyolbrzymieniem reakcji schizotymicznej znajdującej się u każdego normalnego człowieka tego typu. Należy sobie także uprzytomnić, że od reakcji schizotymicznej normalnego człowieka, aż do schizofrenii mamy mieć płynne przejścia bez ostrych granic, tak, że między

schizofrenią, a schizotymicznym normalnym człowiekiem mieści się t. zw. schizoid, schizopata i latentny schizofren. Badając proces schizofreniczny, niektórzy autorowie uważają, że jest to osobny dziedziczny proces — gen. — znajdujący się u schizoidów. A jednak płynne przejścia od schizothymii do schizofrenii, o których była powyżej mowa, pozwalają nam raczej przypuszczać, że schizofrenia jest tylko wzmożeniem i wyolbrzymieniem reakcji schizoidalnych czyli schizoidu. O słabych punktach tej teorji mówiliśmy już powyżej, powtarzamy ją tu tylko dlatego, że Bleuler na nią zwraca szczególną uwagę.

Podobnie można się wyrazić i o psychozie maniako-depressyjnej. Zaczynając od reakcji syntonicznej, którą spotykamy u każdego człowieka, przechodzimy do grupy cyklotymicznej. Pewne nasilenie tej reakcji nazywamy cykloidem, następnie analogicznie do schizopatji wolno nam mówić o cyklopatji i w końcu przechodzimy do wybitnych objawów chorobowych psychozy maniako-depressywnej. Zresztą i badania genealogiczne potwierdzają tensam sposób myślenia.

Jest zupełnie niesłusznem mniemanie, że Kretschmer i Bleuler dzielą całą ludzkość na schizoidów i cykloidów (cyklotymów). Oba te charaktery wzajemnie zupełnie się nie wykluczają, a w swoich formach patologicznych są z punktu widzenia dziedziczności jedne od drugich taksamo niezależne, jak niezależnym jest n. p. talent do muzyki od długości włosów artysty.

Jak już mówiliśmy, niektórzy autorowie są zdania, że jakiś nowy czynnik musi wpłynąć na organizm, by przemienić schizopatję w schizofrenię. Dla Bleulera, jak wiemy ta hypoteza nie jest konieczną dla zrozumienia schizofrenicznego procesu. Jednak należy pamiętać, że schizofrenicy noszą w sobie większą ilość degeneratywnych cech w porównaniu z choremi na psychozę maniakalną, na paranoję i oczywiście w porównaniu z ludźmi zdrowemi. Ciężkie formy schizofrenii, spotykamy częściej u dysplastyków. Na podstawie tego można śmiało przypuścić, że pewne dziedziczne zaburzenia predysponują niektórych schizoidów do schizofrenii. Toby nam także tłumaczyło fakt, dlaczego schizofrenia stosunkowo tak często amalgamuje się z epilepsją, która również zdarza się częściej u dysplastyków. Oczywiście powyższym zapatrywaniom można zarzucić m. i. i to, że schizofrenia taksamo często atakuje indywidua zdolne i inteligentne, jak też i debilów, między którymi znajdujemy dużą ilość dysplastyków.

Bleuler, po śmierci Kraepelina najwybitniejszy obecnie psychiatra świata, ustępuje w bieżącym roku z katedry psychiatrycznej w Zurychu. Ponieważ dużo jego myśli znajdujących się w powyższym referacie nie zostało ogłoszonych drukiem, przeto zdaje się mnie, że wielu lekarzy się niemi zainteresuje.

BIBLIOGRAFJA.

BLEULER, Dementia praecox 1912.
BLEULER, Lehrbuch der Psychiatrie 1923.
BLEULER, Physisch und Psychisch in der Pathologie 1915.
BLEULER, La schizophrénie. Referat ze zjazdu francuskich psychiatrów w Genewie, sierpień 1926.
BRZEZICKI, Nowsze badania nad anatomią patol. w schizofrenii, referat z VI. Zjazdu psychiatrów polskich. Polska Gazeta Lekarska 1926.
Własne notatki z rozmów prywatnych i seminarjów prowadzonych przez prof. Bleulera dla lekarzy kliniki psych. w Burghölzli.

IDÉES NOUVELLES DE BLEULER SUR LA SCHIZOPHRÉNIE

Par le Dr. E. BRZEZICKI (Kraków).

L'auteur réflechit sur le rôle que Bleuler a joué dans la psychiatrie moderne, sur les idées originales par lesquelles il a contribué au progrès de la psycho-pathologie de la schizophrénie. L'auteur s'inspire avant tout des séances que Bleuler a bien voulu tenir avec ses assistants et les médecins dans la clinique psychiatrique de Burghölzli — Zurich. Passant en revue les théories récentes sur la schizophrénie il s'arrête sur les idées de l'eminent auteur suisse. Il analyse la description graphique de la schizophrénie et de la folie maniaco-depr. et la nouvelle classification (Kretschmer — Bleuler) du procès schizophrénique qui passe sans transition sensible de l'état normal du tempérament schizoïde par la schizopathie à la schizophrénie latente et puis à la schizophrénie manifeste et peut finir par les pires états démentiels conservant d'ailleurs toujours les mêmes signes des troubles psychiques. Donc la démence et les troubles de la sphère affective existent toujours, il s'agit uniquement de constater leur développement plus ou moins avancé. Bleuler défend les mêmes idées pour la folie maniaque-dépressive et constate la même rangée ascendente qui commence par la réaction syntone de l'individu normal et aboutit par les formes manifestes de la dite maladie.

L'auteur croit avec Bleuler que la schizophrénie est une affection à base organique physiogène pourtant avec une superstructure psychogène tellement grande que seul un médecin qui connaît bien la psychothérapie ou le méchanisme psychologique découvert par Freud peut démontrer comment les troubles psychogènes peuvent retrocéder.

Il parle également des rapports de Bleuler avec l'école psychoanalytique, du rôle prédominent de l'inconscient et de sexualité. Il est ainsi bien probable que beaucoup des schizophrénies frustes sont considérées comme des neuroses.

Finalement il faut bien remarquer que la schizophrénie est d'après Bleuler une maladie du genre humain, tandis que la plupart des maladies mentales endogènes comme l'épilepsie, les états maniaques-depressifs, l'hystérie peuvent être acquises également par les animaux.

Prof. Dr. Med. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

PROJEKT ZAKŁADU PSYCHJATRYCZNEGO POD WILNEM.

Według memorjału złożonego przez autora Dyrektorowi Departamentu Zdrowia Publicznego M. S. W. w sprawie budowy Zakładu psychjatrycznego dla Województw: Białostockiego, Nowogródzkiego i Wileńskiego.

UWAGI WSTĘPNE.

Projektowany Zakład psychjatryczny ma do spełnienia zadanie trojakiego rodzaju. Ma dostarczyć pomocy i opieki lekarskiej psychicznie chorym wszelkiej kategorji tej połaci kraju; ma leczyć chorych ostrych, zapewnić opiekę chorym przewlekłym, ma leczyć i wychowywać dzieci upośledzone psychicznie, ma leczyć chorych nerwowo i psychopatycznie usposobionych, ma leczyć alkoholików i narkomanów, ma być stacją obserwacji sądowej i miejscem pobytu psychicznie chorych przestępców, uznanych przez Sąd za niebezpiecznych dla otoczenia.

Ma spełnienie wszystkich tych zadań utrzymać na poziomie wymagań nauki spółczesnej, musi zatem rozporządzać wszystkiemi urządzeniami leczniczemi i badawczemi, które umożliwiłyby mu sprostanie temu zadaniu, a także, ma cały bogaty materjał kliniczny, jaki daje zakład tego rodzaju, wyzyskać pod względem naukowym. Ma wreszcie, przez przyciągnięcie młodych sił lekarskich, dać nie tylko liczną, sprawną i żywą, bo młodą, pomoc lekarską chorym, lecz także stać się instytucją wychowawczą przyszłego pokolenia psychjatrów, których kraj ma zamało.

Wszystkie te trzy zadania uzupełniają się wzajemnie, tworzą całość jednolitą i wewnętrznie zwartą. Należało je poruszyć przed omawianiem szczegółów projektu, bez czego sam projekt byłby niedostatecznie zrozumiały.

PROJEKT SZCZEGÓŁOWY.

Teren zakładu powinien być wybrany w najbliższem sąsiedztwie Wilna. Dla tej połaci kraju, której ma służyć Zakład, Wilno jest ośrodkiem komunikacyjnym i gospodarczym. Ma wygodny dostęp kolejowy, co ułatwia dowóz chorych i dojazd rodziny dla ich odwiedzenia.

Sąsiedztwo z uniwersytetem pozwoli na łatwe korzystanie z pomocy specjalistów i urządzeń uniwersyteckich dla celów badawczych i naukowych. Z tych względów Zakład powinien znajdować się w możliwie najbliższem sąsiedztwie samego Wilna i posiadać z nim wygodne połączenia komunikacyjne.

Teren zakładu, oprócz warunków, wymaganych dla każdego zakładu leczniczego pod względem hygjenicznym i sanitarnym, jak grunt przepuszczalny, pewne zadrzewienie dla urządzenia parku i ogrodów, możność łatwego urządzenia kanalizacji spławnej, obfitość dobrej wody do picia, powinien leżeć w miejscowości malowniczej, o co pod Wilnem nietrudno, a co ma znaczenie przy leczeniu chorych psychicznie, powinien posiadać spory zasób roli zdatnej pod uprawę i pod ogród owocowy i warzywny dla wytworzenia dostatecznego warsztatu pracy chorych, jako zasadniczego środka w ich leczeniu. Obszar terenu zakładowego powinien wynosić, licząc po ¼ hektara na chorego — około 250 hektarów.

Całość instytucji, która ma być wzniesiona na tym terenie, jak zaznaczono powyżej, ma składać się z części oddzielnych a mianowicie: z zakładu psychjatrycznego sensu strictiori, przeznaczonego dla leczenia dorosłych i opieki nad niemi, złożonego z działów: zamkniętego i otwartego, z zakładu dla dzieci niedorozwiniętych, z zakładu dla nerwowych, z zakładu dla alkoholików i narkomanów, z zakładu sądowo-psychjatrycznego.

Oddzielne zakłady powinny być rozłożone na terenie w ten sposób, że zakład psychjatryczny, stanowiący trzon instytucji, jej ośrodek lekarski, administracyjny i gospodarczy powinien zajmować mniej więcej środek terenowego obszaru, u wstępu do terytorjum zakładowego; wyraźnie od niego oddzielony, powinien znajdować się oddział dla nerwowo chorych z własnym obszarem ogrodowym, który może nosić nawet nazwę odrębną np. Uzdrowisko dla nerwowych. Jest to wzgląd ważny dla usunięcia identyfikowania obu kategorji chorych — nerwowych i chorych psychicznie; w bliższem sąsiedztwie ośrodka, lecz również od niego oddzielony posiadający własny obszar pod boiska i ogródki.. Zakład dla dzieci; na krańcu zakładowego obszaru bliżej terenów z rolą uprawną Zakład dla alkoholików, wreszcie wydzielony z zakładu, oddział sądowy, o charakterze w pewnej mierze więziennym, otoczony wysokim murem, uniemożliwiającym ucieczkę, wogóle tak urządzony, ażeby zapewniał całkowite bezpieczeństwo otoczenia przed mieszkańcami tego oddziału. Otoczenie całego obszaru murem, a nawet parka-

nem byłoby zbyteczne i kosztowne, niewysokie ogrodzenie z żywopłotu i to przy niektórych tylko pawilonach wystarczy całkowicie.

Administracja, urządzenia gospodarcze (kuchnia, pralnia, składy, piwnice, lodownia, magazyny), urządzenia mechaniczne (kotłownia, elektrownia, wodociąg) sąześrodkowane we właściwym zakładzie psychjatrycznym. Kuchnie tj. samo przyrządzanie pożywienia, z zapasów dostarczanych ze wspólnych składów, mogą być oddzielne przy oddzielnych zakładach. Kanalizacja spławna, ogrzewanie centralne ciepłą wodą z napędem dla oszczędności ciepła. Oświetlenie elektryczne.

System budowy oddziałów dla chorych pawilonowo-blokowy, to znaczy, że zasadniczo system jest pawilonowy z tem, że niektóre oddziały mogą być zblokowane w jednym pawilonie, jakoto oddziały chorych napół spokojnych i spokojnych w jednym budynku, oddzielnie dla mężczyzn i dla kobiet oraz pawilony dla chorych słabych, infirmerja mogą być zblokowane w ten sposób, że dwa skrzydła mogą stanowić pomieszczenie jedno dla kobiet drugie dla mężczyzn, a trzon środkowy może mieścić salkę operacyjną i opatrunkową, gabinet lekarski, pokój dozorczyni z podręcznymi środkami opatrunkowymi, lekarstwami itd. przyczem piętro trzonu może być zużytkowane jako leżalnia dla gruźliczych z podziałem na obie płcie. Pozostałe pawilony są oddzielne. Ze względów klimatycznych Wileńszczyzny, krótkie lato, słotne wiosna i jesień, surowa zima, należy dążyć do tego, ażeby pawilony były połączone z budynkiem administracyjnym korytarzami, ażeby dostęp do pawilonów był kryty i ogrzany. Bez tego dostarczanie pomocy lekarskiej, dostawa pożywienia, wogóle obsługa pawilonów byłaby utrudniona.

Korytarze powinny być podziemne, żeby nie krępowały ruchów naziemnych pomiędzy pawilonami. Pozornie wydaje się rzecz ta zbyt kosztowną i zbyteczną. Jest konieczna ze względu na klimat, a koszt nie obciąży zbytnio budżetu budowy. Korytarze podziemne zbudować trzeba, ponieważ temi korytarzami iść muszą rury dla ogrzewania centralnego, przewodniki elektryczne, rozszerzenie korytarzu tak, ażeby można było swobodnie po nim przejść, nie powiększy już zbytnio kosztów.

Rozmieszczenie oddzielnych budynków samego Zakładu psychjatrycznego powinno być następujące: przy bramie wjazdowej furta z pomieszczeniem dla furtjana. W bliskości bramy kościół, ażeby pozazakładowi mieszkańcy, chcący modlić się, nie przenikali wgłąb zakładu.

Odrazu na wstępie do zakładu budynek administracyjny, mieszczący kancelarje, pokoje przyjęć, gabinet dyrektora, gabinet dyżurnego lekarza, bibliotekę, salę konferencyjną, pracownie badawcze i naukowe.

Na piętrze salę rozrywek dla chorych ze scenką, urządzoną dla przedstawień teatralnych, obrazów świetlnych, kinematografu, z garderobami dla obu płci. Na tym piętrze, z jednej strony, może mieścić się kaplica prawosławna, z drugiej strony kasyno urzędnicze. Piętro drugie należy przeznaczyć jako mieszkania dla lekarzy asystentów. Dla każdego dwa pokoje, 2 łazienki, jedna dla kobiet druga dla mężczyzn, oraz pokoje spólne, jadalnia i bawialnia. Pomieszczenia mansardowe, mogą być zużytkowane jako mieszkania niższej służby administracyjnej.

Budynek *gospodarczy i mechaniczny*, kuchnia, pralnia, składy, piwnice, lodownia, magazyny kotłownia, elektrownia, wraz z warsztatami, wieża ciśnień. Tutaj również powinny byćześrodkowane mieszkania niższej służby mechanicznej i gospodarczej. Dla średniej służby administracyjnej, gospodarczej i mechanicznej należy wznieść budynek oddzielny.

Zabudowania gospodarcze fermy zakładowej powinny być wzniesione oddzielnie, w bliskiem sąsiedztwie ogrodów i roli uprawnej, powinny obejmować mieszkanie ekonoma, parobków, z tem, że powinno tam znaleźć się pomieszczenie dla dziesięciu chorych zatrudnionych stale przy gospodarstwie rolnem, obora, stajnia i wozownia, chlewnia, garaż, stodoła z młócarnią i sieczkarnią.

Budynki dla chorych składają się z pawilonów *drzwi zamkniętych i otwartych*. Do pierwszej kategorji należą pawilony obserwacyjny, niespokojnych, słabych, nawpółspokojnych i spokojnych, do drugiej pawilony dla chorych pracujących w polu i ogrodzie. Pierwsze wymagają bliskiego sąsiedztwa z budynkiem administracyjnym jako ośrodkiem pomocy lekarskiej, drugie jako mieszczące chorych niewymagających opieki tak czujnej, mogą być bardziej oddalone od pawilonu administracyjnego. Ponieważ w pawilonach obserwacyjnym, dla niespokojnych i słabych znajdować się będą chorzy wymagający najszybszej pomocy lekarskiej i najczujniejszej opieki i nadzoru, pawilony te powinny leżeć w najbliższem sąsiedztwie budynku administracyjnego, budynek dla nawpółspokojnych i spokojnych może leżeć nieco dalej. Najlepiej rozplanować budynki w ten sposób, że furta, budynek administracyjny, budynek gospodarczy i mechaniczny leżałyby na osi zakładu, a pawilony chorych z rozdziałem na płcie leżałyby po obu stronach osi.

Wszystkie pawilony chorych powinny posiadać wystawy południowo-wschodnie, ustawione na godzinę 10½, pomieszczenie dla chorych na froncie, pomieszczenia gospodarcze, łazienki, ustępy, kuchenka, składy, gabinet lekarski, pokój podręczny dozorczyni od tyłu. Przed pawilonami drzwi zamkniętych, puste, wyżwirowane place, na których można

wystawiać leżaki, wzgl. łóżka z chorymi dla kąpieli słonecznych i powietrznych, zejście na te place od strony pomieszczeń chorych nie schodami, lecz rampą, po której łatwo można byłoby znosić chorych wzgl. zsuwać łóżka na kółkach. Oprócz tego werandy kryte z wyjściem wprost na werandę z sali chorych. Na piętrach werandy zabezpieczone przed wyskoczeniem chorego z werandy. Schody urządzić, gdzie są chorzy, z duszą tj. zabezpieczone przed skoczeniem z piętra na dół.

Przy każdym pawilonie ogródek, obsadzony żywopłotem strzyżonym na wysokości pół piersi człowieka, który utrudniałby ucieczkę, lecz nie zasłaniał jednocześnie widoku. W ogrodach niskopienne drzewa, aby nie odbierały słońca pawilonowi, krzewy, kwiaty, pielęgnowane przez samych chorych.

Okna, gdzie są chorzy, angielskie, to znaczy złożone z trzech kondygnacji, środkowej stałej i dwóch ruchomych, górnej zsuwanej na środkową, dolnej podnoszonej na środkową, przyczem dolnej części nie można podnieść wyżej nad 15 centymetrów, a górnej nie można niżej ponad tę liczbę opuścić. W ten sposób możność wyskoczenia oknem jest całkowicie usunięta. Szybki małe, nie szersze nad 15 ctm. wprawione w ramę żelazną. Szyby okrętowe zbyteczne, chyba w dolnych częściach okien w pawilonach dla niespokojnych. Okna tego typu mogą być podwójne, że są praktyczne można przekonać się w Lecznicy Związkowej w Krakowie gdzie zastosowano ten typ okien podwójnych. Nie są trudne do wykonania i ślusarze i stolarze miejscowi mogą wykonać je z łatwością. Jest to niewątpliwie najlepszy typ okna w zakładzie psychjatrycznym. Łazienka stanowi ważny składnik pawilonu psychjatrycznego, a w niej podłoga najtrudniejsze zagadnienie techniczne. Zalecałbym, za przykładem szpitali angielskich, podłogę z drzewa Teak-Tree — rodzaj sosny szczególnie smolistej, niewsiąkającej wcale wody. Z tego drzewa są budowane pokłady na statkach, masielnice do bicia masła we wzorowych mleczarniach. Drzewo na rynku angielskim jest 2½ raza droższe od sosnowego. Nie potrzeba go zresztą dużo, chodzi o pokrycie zwierzchniej powierzchni podłogi, deseczki ½ centymetrowe, a nawet cieńsze wystarczą. Otrzymuje się w ten sposób podłogę ciepłą, czystą, łatwo zmywalną i nie psującą się od zmywania. Przestrzegać należy przed linoleum, pod które w łazience zawsze będzie podchodziła woda, linoleum będzie garbiło się, będzie również kosztowne co podłoga projektowana a może droższe i zupełnie niepraktyczne. Wartość podłogi powyższej została wypróbowana w zakładzie leczniczym w Ciechocinku, podłoga okazała się dobrą i niezbyt kosztowną. Klamka w pawilonach chorych powinna być klamką tj. ma zamykać

i otwierać drzwi. Wszelkie jej namiastki w postaci zwróconych na dół haków, kieszeni metalowych wprawionych w drzwi, służących do pociągnięcia drzwi lub ich odsunięcia, lecz które drzwi ani nie zamykają ani nie otwierają, powinny zniknąć z budownictwa psychjatrycznego, I w zakładzie psychjatrycznym drzwi muszą być albo zamknięte albo otwarte. Tego obecnie stosowane mechanizmy nie dają. Jedynie klamka, prawdziwa klamka, tylko tak urządzona, żeby nie można było na niej powiesić się, tak jak ją widziałem stkonstruowaną w szpitalu w Dösen pod Lipskiem, osięga cel. Rączkę rzeczywistej klamki stanowi pół kuli wyżłobionej z boków, co daje łatwy chwyt klamki a jednocześnie zupełnie usuwa możliwość założenia na gładkiej półkuli pętli. Klamkę tego typu zrobi z łatwością każdy ślusarz, u nas nie będzie droższa od innych klamek przy zamówieniu masowem.

Wysokość pomieszczeń dla chorych nie powinna przekraczać 3.50 metrów. Im wyższe pomieszczenie, tem kosztowniejsze jego ogrzanie przyczem jego kosztowność rośnie w stosunku geometrycznym do przybywających centymetrów wysokości. Tylko ciepłe i łatwo ogrzewalne pomieszczenie może być łatwo przewietrzane. Okno angielskie dające przewietrzanie dolne i górne daje doskonałe przewietrzanie naturalne, bez potrzeby uciekania do sztucznego drogiego i łatwo psującego się, tylko pomieszczenie musi być ciepłe, dlatego im niższe tem lepsze i znacz nie tańsze. Powietrzem leżącym wyżej niż głowa już nie oddychamy, jego ogrzewanie jest próżną stratą ciepła, budowanie wysokich pokojów mieszkalnych jest kosztowne i nie osiąga celu do którego dąży się. Widziałem doskonały komunalny szpital w Herisau pod St. Gallen, najładniejszy ze szpitali szwajcarskich, w którym pomieszczenia na parterze miały 3.30 metrów, na pierwszem piętrze 3·25, a na drugiem 2.95 metrów wysokości. Pokoje wcale nie raziły, że są zbyt niskie.

Kubatura będzie różna w zależności od tego czy chory przebywa w tem samem pomieszczeniu w dzień i w nocy, czy tylko w dzień albo w nocy. Liczby są już ustalone dla każdego rodzaju pomieszczeń. Podłoga w pokojach chorych klepka dębowa najlepiej ułożona na podłożu z asfaltu jest to najlepszy i najtrwalszy typ podłogi szpitalnej, przykładem Tworki, w których ten typ podłogi trzyma się doskonale po 35 latach istnienia szpitala. Farba wszędzie klejowa dla nieutrudnienia przewietrzania przez ściany z wyjątkiem lamperji w pokojach pobytu dziennego, które najlepiej odrazu powlec farbą emaljową.

Radjatory ogrzewania centralnego pod oknami, lecz dosyć odległe od ściany, żeby można było poza nie dostać ręka, okurzyć i oczyścić.

Oświetlenie — plafoniery zabezpieczone w pawilonach dla niespokojnych chorych siatką drucianą, żeby nie można było rzucić w lampę pantoflem i stłuc.

W pawilonach dla chorych korytarze zredukowane do koniecznego minimum, co daje łatwość dozoru nad chorymi i jest oszczędne.

Pomieszczenia widne, jasne, kolory łagodne, wszędzie nawet w oddziałach niespokojnych obrazy na ścianach, kwiaty za oknem, a nawet w samych pokojach, gdzie przebywają chorzy.

W pokojach, gdzie przebywają chorzy niespokojni i hałaśliwi specjalna izolacja dźwiękowa. Warunek niezbędny przy obecnym systemie żelazno betonowym.

Rozmieszczenie pokojów w pawilonach oddzielnych można pomyśleć w sposób następujący: W pawilonie obserwacyjnym, pawilon piętrowy, rozkład pomieszczeń na każdem piętrze taki sam, trzy sale z oknami na przestrzał, każda na 7—8 chorych, tak rozmieszczone, ażeby, jakkolwiek oddzielne, łączyły się ze sobą drzwiami tak, żeby jedna pielęgniarka mogła łatwo dać baczenie na wszystkich chorych na salach. W tych salach będą zgrupowani chorzy wymagający najczujniejszego nadzoru, podejrzani o chęć samobójstwa. Do tych sal powinny przylegać dwa pokoje dziennego pobytu z jednej strony od frontu, z drugiej strony łazienka z trzema wannami dla celów leczniczych i ustępy. Oprócz tego powinny być dwa pokoje oddzielne dla chorych wymagających odosobnienia, lecz nie szatówki łatwo dostępne z niewielkiego korytarzyka; z przeciwnej strony kuchenka, pokój podręczny dozorczyni, gabinet lekarski. Na parterze w tym rogu budynku, gdzie leżą oddzielne pokoje, powinno być pomieszczenie izolacyjne z oddzielnem wejściem wprost ze dworu, przedpokoikiem, łazienką, ustępem, pokojem dla pielęgniarki na wypadek, kiedy przyjęty chory wywoła podejrzenie choroby zakaźnej i trzeba go będzie wyodrębnić od możności stykania się z innymi chorymi. Szatówek nie powinno być w żadnym pawilonie zakładu... Doświadczenie uczy, że psychjatryczny szpital spółczesny, dobrze urządzony i dobrze prowadzony, obchodzi się zupełnie bez szatówek i nie należy ich wprowadzać w nowym zakładzie. Cały pawilon na 50 chorych po 25 na każdem piętrze. W pawilonie dla niespokojnych, należy przewidzieć 4 sale sypialne, również z oknami na przestrzał, łączące się ze sobą i łatwo dozorowane, również 4 sale dziennego pobytu, oddzielne niekoniecznie łączne lecz łatwe do nadzoru, pozatem łazienka lecznicza z trzema wannami, ustęp, kuchenka, pokój lekarza, pokój dozorczyni ze składem podręcznym, mogą być jeden lub dwa pokoje

bez charakteru szatówki, dla chorych, którzy czują się lepiej zdala od innych. Cały pawilon na 35 chorych.

Pawilony dla chorych słabych, infirmerje piętrowe, jak zaznaczono powyżej, mogą być zblokowane, przyczem sala operacyjna, gabinet lekarski, pokój dozorczyni, magazyn, kuchenka, mogą być wspólne. Sale duże ponieważ będą to przeważnie chorzy obłożnie. Sale mogą być tak pomyślane, że łóżka są ustawione pod oknami, natomiast pobyt dzienny chorych w części środkowej sali z poustawionemi tam stołami i ławkami. Dwa, trzy pokoje oddzielne dla chorych wymagających izolacji ze względu na innych, (chorzy rakowaci, ze zgorzelami, cuchnący).

Każde skrzydło pawilonu na 50 chorych.

Pawilony dla półspokojnych i spokojnych, zblokowane razem. Budynek piętrowy z sypialniami na piętrze, pokojami dziennego pobytu na parterze. Pokoje dziennego pobytu połączone z warsztatami pracy chorych. Wzór takiego połączenia w szpitalu w Kocborowie pod Starogardem, gdzie to zadanie zostało szczególnie dobrze rozwiązane. Sypialnie zamknięte w dzień, pokoje dziennego pobytu zamknięte w nocy. Cały budynek na 70 chorych. Sale duże, łączne, ułatwiające nadzór. Łazienka z niewielką umywalnią na dole, większa umywalnia na górze. Gabinet lekarski, pokój dozorczyni na górze, kuchenka na dole, ustępy na obu piętrach.

Pawilony drzwi otwartych po dwa dla każdej płci, każdy pawilon na 50 chorych. Pawilony 1½ piętrowe, jak w Kobierzynie. Na parterze pokoje dziennego pobytu z łazienką, pokojem dozorczyni, z gabinetem lekarza, kuchenką, składzikiem, umywalnią dla rąk i nóg, dla chorych pracujących, wracających z roboty. Na piętrze sypialnie na 35 chorych, na poddaszu w mansardach sypialnie dla pozostałych 15 chorych, umywalnia, ustępy. W ten sposób budynek da się zużytkować najbardziej ekonomicznie, a jednocześnie zupełnie wygodnie.

Ponieważ organizacja Zakładu przewiduje opiekę rodzinną, wykonywaną poza obrębem zakładu w rodzinach włościan okolicznych pod nadzorem czynników zakładowych, należy pomyśleć o zorganizowaniu stacji pośredniej pomiędzy opieką poza zakładową, wykonywaną w zakładzie w tej postaci, ażeby, obok wspomnianych powyżej pomieszczeń na fermie dla chorych zatrudnionych przy gospodarstwie rolnem, przy każdem mieszkaniu rodzinnego pielęgniarza był pokój oddzielny na 2 — 3 chorych. Chorzy umieszczeni w ten sposób przechodziliby pewien okres próby czy nadają się do pozazakładowej opieki i dopiero po tem wypróbowaniu byliby oddawani pod opiekę rodzinną. Poza pomieszczeniami dla chorych należy przewidzieć jeszcze następujące budynki. Dom

mieszkalny dla dyrektora zakładu z ogrodem warzywnym i spacerowym, Dwa domy dla starszego personelu lekarskiego: dla zastępcy dyrektora, prosektora i dwóch prymarjuszów. W każdym domu dwa mieszkania z oddzielnemi ogrodami warzywnemi i spacerowemi. Budynki i ogrody można wzorować na przykładach urządzeń podobnych w Dziekance pod Gnieznem i w Kocborowie pod Starogardem, gdzie zagadnienia te są doskonale rozwiązane. Mieszkania lekarzy asystentów są przewidziane powyżej przy omawianiu budynku administracyjnego.

Ponieważ personel dozórczyń i pielęgniarek rekrutować się będzie przeważnie z pośród kobiet samotnych, należy dla ich pomieszczenia przewidzieć budynek oddzielny.

Przełożona dozórczyń powinna mieć 2 pokojowe mieszkanie, dozorczynie po jednym pokoju sypialnym i spólnych pokojach rekreacyjnych, pielęgniarki spólne sypialnie i spólne jadalnie i pokoje rekreacyjne. Liczba pielęgniarek przy projektowanych rozmiarach szpitalu sięgnie 60. Liczba dozorczyń oprócz przełożonej wyniesie przypuszczalnie po jednej na pawilon, plus dwie zastępcze z tem, że na każdym oddziele pawilonu dozorczyni miałaby pomocnicę, wybraną z pomiędzy pielęgniarek. Dozorczynie powinny być świeckie i rekrutować się z pomiędzy osób, które ukończyły szkołę pielęgniarek i odbyły praktykę w szpitalu psychjatrycznym. W zakładach powinny być wprowadzone kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego: dlatego w budynku pielęgniarek należy przewidzieć salę wykładową na 30 uczennic. Do tego celu może służyć spólna sala rekreacyjna. Dla personelu męskiego rodzinnego w liczbie 20 osób należy przewidzieć 5 czworaków po 4 rodziny w każdym z oddzielnym ogródkiem dla każdej rodziny. Mieszkania jedno lub dwu pokojowe z kuchnią przy każdem mieszkaniu jeden pokój dodatkowy dla pomieszczenia chorych odbywających stację pośrednią przed przejściem na opiekę rodzinną, o czem wspomniano wyżej.

Wreszcie *kostnica* z salą sekcyjną i pracowniami anatomicznemi położona w sąsiedztwie własnego zakładowego cmentarza.

Poza pomieszczeniami powyższemi, przeznaczonemi dla chorych ogólnych należy przewidzieć dwa *pawilony dla pensjonarj.* 1-ej i 2-ej klasy, jeden dla kobiet, a drugi dla mężczyzn, każdy na 25 chorych. Budynek piętrowy. Na parterze 10 pokojów oddzielnych dla pensjonarzy 1-ej klasy ze wspólną bawialnią, czytelnią, jadalnią, gabinetem lekarza, łazienką, ustępem, pokojem pomocniczym. Na piętrze 15 chorych 2-ej klasy, sypialnie wspólne, dla 2, 3, 4 osób, wspólna bawialnia, czytelnia, jadalnia, łazienka, ustęp, pokoje pomocnicze.

Zakład dla dzieci niedorozwiniętych na 60 dzieci powinien posiadać oddzielne pomieszczenie dla chłopców i dziewcząt od lat 7 — 14 i spólne dla dzieci obojga płci do lat 7. Dwie sale szkolne, mieszkanie dla 2 nauczycielek, gabinet lekarza, łazienki, kuchenka, pomieszczenia gospodarcze. Należy przewidzieć oddzielne pomieszczenia dla dzieci gruźliczych i przynajmniej 2 pokoje izolacyjne w razie zawleczenia choroby zakaźnej.

Zakład dla alkoholików i narkomanów na 50 osób, 40 mężczyzn, 10 kobiet w budynkach oddzielnych, położonych w sąsiedztwie gospodarstwa rolnego. Budynki piętrowe, na parterze pokoje dziennego pobytu, jednocześnie warsztaty pracy chorych, sypialnie na piętrze z pomocniczemi urządzeniami, jak w innych pawilonach chorych.

Zakład dla nerwowych i rekonwalescentów na 50 chorych 25 kobiet, 25 mężczyzn. W jednym budynku o 2-ch skrzydłach dla każdej płci, dla chorych 1, 2, 3-ej klasy. Parter 10 osób 1 i 2-ej klasy, piętro dla 15 chorych 3-ej klasy z oddzielną kuchnią, urządzeniami gospodarczemi, własnemi pomieszczeniami dla dozorczyni i pielęgniarek, gabinetem lekarza, własnemi urządzeniami leczniczemi, wogóle zakład dość znacznie wyodrębniony od całego zakładu.

Wreszcie *zakład sądowy* na 50 osób, 40 mężczyzn, 10 kobiet wzorowany na analogicznym zakładzie przy więzieniu w Grudziądzu, z własną administracją, własnym personelem dozorców i pielęgniarzy.

ORGANIZACJA ZAKŁADU.

Kierownictwo zakładem pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym spoczywa w rękach dyrektora, lekarza psychjatry. Dyrektor sprawuje władzę zwierzchnią nad całym zakładem ze specjalnem uwzględnieniem pod względem lekarskim właściwego zakładu psychjatrycznego i zakładu sądowego. Pomocnik dyrektora zastępuje go we wszystkich jego czynnościach, ma pod szczególnym nadzorem zakład dla dzieci, dla alkoholików i dla nerwowych. Do jego zadań należy troska o rozwój opieki rodzinnej i nadzór nad sposobem wykonywania tej opieki. Dwaj prymarjusze, każdy zarządza jedną połową właściwego zakładu psychjatrycznego, jeden kobiecą, drugi męską. Dziesięciu asystentów i asystentek zakładowych pełnią lekarskie czynności pomocnicze według rozkładu zajęć określonego przez dyrektora. Prosektor zakładu nie pełni czynności ordynacyjnych, jego zadanie polega na czuwaniu nad naukową stroną zakładu, nad wyzyskaniem materjału zakładowego dla celów naukowych.

Dyrektor Zakładu jest urzędnikiem w IV-tym stopniu służbowym, pomocnik dyrektora, prymarjusze i prosektor w V-tym stopniu służbowym, asystenci w VIII-ym.

Przełożona dozorczyni, której podlega bezpośrednio cały średni i niższy personel sanitarny ma VI stopień służbowy.

Każdy pawilon ma oddzielną dozorczynię, odpowiedzialną za pawilon, dozorczyni posiada pomocnicę na każdym oddziale. Pielęgniarki wzgl. pielęgniarze są pod bezpośrednim kierownictwem dozorczyni. Liczba pielęgniarek i pielęgniarzy w pawilonie waha się w zależności od potrzeb, najwyższa na oddziele obserwacyjnym, najniższa na oddziele drzwi otwartych.

Przeciętnie wypada jedna pielęgniarka wzgl. jeden pielęgniarz na 10 chorych, ogólna liczba niższego personelu sanitarnego około 80.

System dyżurów nocnych — szkocki, to znaczy, że pielęgniarki kolejno przez czas pewien w ciągu 2-ch do 3-ech miesięcy każda pełnią codziennie służbę nocną i są wtedy całkowicie wolne od zajęć dziennych.

Jeden z asystentów i jedna z dozorczyń pełnią kolejno dyżur dzienny i nocny w całym zakładzie.

Intendent szpitala również w VI-ym stopniu służbowym. Bezpośrednio podlega mu cały administracyjny i gospodarczy personel zakładowy. Skład personelu powinien być wzorowany na doświadczeniu w szpitalu w Dziekance. Dyrektor ze swym pomocnikiem, prymarjuszami, intendentem, przełożoną dozorczyń odbywa stałe konferencje gospodarcze, które mają jednakże tylko charakter doradczy. Władza jest całkowicieześrodkowana w rękach dyrektora.

Niezależnie od tych konferencji, powinny odbywać się w zakładach stałe posiedzenia naukowe z udziałem wszystkich lekarzy czynnych w zakładzie; na posiedzeniach są omawiane ważniejsze przypadki kliniczne, orzeczenia sądowo-psychjatryczne, są wygłaszane referaty, przedstawiane streszczenia z bieżącego piśmiennictwa lekarskiego.

Dyrektora należy mianować z chwilą przystąpienia do budowy. Musi on czuwać nad wykonaniem planu budowy, w którego opracowaniu powinien również uczestniczyć. Trzeba pamiętać, że myśl w budowę układa właściwie psychjatra, budowniczy daje jej formę, rozwiązanie techniczne. Za zakład odpowiadać będzie dyrektor nie budowniczy, dlatego musi on stale brać udział w budowie i rozstrzygać szczegóły wykonania w myśl wskazań psychjatrycznych, do których powinna stosować się technika wykonania.

Dość wcześnie powinien być wybrany również prosektor zakładu, ażeby mógł mieć czas przygotować się do nowego, bądź co bądź, zakresu

swej przyszłej działalności. Przyszły prosektor zakładowy powinien przejść uprzednio stage w zakładzie anatomji patologicznej i w zakładzie patologji ogólnej, ażeby dobrze opanować wszystkie metody badania, potrzebne do utrzymania pracy naukowej lekarzy na poziomie wymagań wiedzy współczesnej. Ma być nauczycielem i kierownikiem młodego pokolenia psychjatrów, na jego odpowiedzialności będzie leżało zużytkowanie pod względem naukowym całego materjału zakładowego, powinien mieć czas i możność przygotowania się do tych zadań.

Czy należy ogłaszać konkurs na przygotowanie planów zakładu? — Wydaje się, że będzie to zbyteczne. Dla konkursu trzeba przygotować warunki konkursowe, to znaczy trzeba dokładnie wyszczególnić wszystkie potrzeby psychjatryczne z uwzględnieniem ich technicznego rozwiązania, tj. dać w ręce stającym do konkursu właściwie cały materjał już gotowy. W tym stanie rzeczy konkurs może dać niewiele, nieproporcjonalnie mało w stosunku do pracy i czasu, jaki zużyją na przygotowanie planów uczestnicy konkursu.

Zasady powyższego projektu były przedstawione Komisji Psychjatrycznej przy Departamencie Zdrowia Publicznego Min. Spr. Wewn. i uzyskały aprobatę Komisji. Należy wybrać na miejscu w Wilnie budowniczego, który łącznie z Komisją, wyłonioną przez Wojewodę Wileńskiego, opracuje plan szczegółowy projektu. Projekt zostanie przedstawiony ponownie do opinji Komisji Psychjatrycznej, z jej wnioskiem złożony Dyrektorowi Departamentu, a po uzyskaniu zatwierdzenia Władz, będzie przesłany Dyrekcji Robót Publicznych w Wilnie do wykonania. Dyrekcja, albo podejmie wykonania we własnym zakresie, albo odda wykonanie przedsiębiorcy wybranemu drogą ograniczonego konkursu.

Sądzić należy, że ta droga najlepiej i najprędzej doprowadzi do celu.

Projekt powinien być ogłoszony w specjalnem piśmie psychjatrycznem i poddany dyskusji fachowej.

Projekt powyższy był wzorowany w dużej mierze na projekcie podobnego zakładu, opracowanym na parę lat przed wojną dla Warszawy przez projektodawcę łącznie z D-rem Łapińskim i Inż. Rakiewiczem.

PROJET D'UN ÉTABLISSEMENT DES ALIÉNÉS à WILNO.

Par Le Prof. Dr. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Il s'agit d'un avant-projet d'établissement d'aliénés pour les trois départements de la Pologne nord-est, que l'auteur veut soumettre à discussion. Le projet se propose trois buts: un but médical: soigner les malades atteints de maladies mentales de toutes les catégories, un but scientifique: utiliser le matériel de l'établissement pour le progrès de la science, un but pédagogique: créer une pépinière d'une nouvelle génération de médecins aliénistes. L'établissement doit contenir un asile d'aliénés, proprement dit, composé de deux parties: clause et ouverte, avec des pavillons pour les maladies aigues et les maladies chroniques, avec patronage familial sous sa direction, un hôpital-école pour les enfants arriérés, un sanatorium pour les alcooliques, un sanatorium pour les malades atteints de maladies nerveuses et une maison pour aliénés criminels, séparée de l'hôpital. La direction médicale et administrative est réunie dans les mains du directeur médecin-aliéniste, secondé par son remplaçant, par deux médecins en chef, un prosecteur, libre de tout autre service, occupé uniquement des travaux scientifiques et par dix jeunes médecins, tant hommes que femmes, non mariés, pour qui le service à l'établissemnt ne sert que de dégré dans leur carrière future. L'établissement doit avoir 800 places.

ODRUCHY WZGLĘDNE

podał

D-r. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu wileńskiego Oddz. Polskiego Tow. Psych.

Wśród tytanów współczesnej medycyny zasługuje na szczególne wyróżnienie prof. fizjologji akademik J. Pawłow. Wiekopomne Jego prace obejmują 2 najistotniejsze zagadnienia fizjologji: 1) czynności gruczołów narządów trawienia i 2) naukę o odruchach względnych, której to dziedzinie wiedzy wielki nauczyciel fizjologji poświęcił ostatnie 25 lat swej twórczej pracy.

Już w czasie okresu swoich doświadczeń nad czynnościami narządów trawienia genjalny mój nauczyciel prof. J. Pawłow spostrzegł jaskrawą rolę czynnika psychicznego w przejawach fizjologicznych wydzielania śliny. Otóż pod wpływem tych doświadczeń, które niżej przytoczę, powziął on myśl, ujmować przejawy psychiczne, t. zw. działalność duchową, jako funkcję fizjologiczną wyższych ośrodków układu nerwowego. I otóż na zaraniu bieżącego stulecia prof. Pawłow kładzie podwaliny swej słynnej nauki o odruchach względnych, która będąc zainicjowana przez pracę doświadczalną nad czynnościami gruczołów ślinnych psa, wyrosła w potężny i harmonijny gmach, wspaniałą nową dziedzinę wiedzy, która obecnie skierowała ku Pawłowi, jako największemu mistrzowi fizjologji, uwagę całego świata lekarskiego.

Wypada zaznaczyć, że w kilka lat po rozpoczęciu nowego kierunku pracy, Pawłow dowiedział się, że w tym samym kierunku doświadczał w Ameryce psycholog Thorndike. Również do kierunku Pawłowa wkrótce przylgnął Kaliszer w Niemczech, który ów kierunek oznacza mianem metody tresowania, Bechterew zaś z Petersburga używa w takich wypadkach terminologji odruchy skojarzeniowe.

Ażeby uprzytomnić sobie istotę nauki o odruchach względnych, cytuję pracę d-ra S. Wulfsona, zatytułowaną „Praca gruczołów ślinnych".

Praca gruczołów ślinnych ujawnia zadziwiającą celowość. Tak, im pokarm jest suchszy, tem więcej wydziela się ślina, natomiast na wodę, wlaną do ust, wcale się ślina nie wydziela. Po drugie, faktem uderzającym jest jakość śliny, a mianowicie, podczas, gdy na pokarm wy-

dziela się ślina gęsta, obfitująca w śluz, jako smarowidło dla dogodnego połknięcia pokarmu,, natomiast na rzeczy niestrawne, n. p. piasek, sączy się ślina płynna oczywiście celem zmycia tylko tych rzeczy. Kwasy zaś wlane do ust zwierzęcia, wywołują wydzielanie śliny, obfitującej w białko celem, rzecz prosta, związania kwasów za pomocą białka.

Otóż, w pracy gruczołów ślinnych jaskrawie spostrzegamy zrozumiałe przystosowanie, celowość, którą filozofowie ujmowali jako siłę duchową, ochrzczoną mianem vitalismus i animismus i która to uwydatnia się fizjologowi współczesnemu jako akcja odruchowa, spowodowana wpływem bodźców zewnętrznych na specyficzne zakończenia nerwów dośrodkowych.

W akcji wydzielania się śliny dobitnie uwydatnia się ustosunkowanie się czynników psychicznych.

Otóż jeżeli podziałamy z odległości na zwierzę temi samemi bodźcami, które w razie bezpośredniego wprowadzenia do pyska wywołały wydzielenie śliny o określonej ilości i jakości, t. j. jeżeli pokażemy psu z odległości pokarmy, kwasy lub przedmioty niestrawne, otrzymamy wyniki te same co w wypadkach bezpośredniego dostarczania tych przedmiotów do pyska zwierzęcia. Taką właśnie reakcję psychiki prof. Pawłow określa mianem „odruchy względne".

A więc według nauki Pawłowa psychiczne wydzielanie śliny przy podrażnieniu zwierzęcia przedmiotami z odległości jest odruchem swoistym podobnie do mechanizmu bezpośredniego wprowadzenia pokarmów do ust, z tem tylko zastrzeżeniem, że ten odruch tymczasowy względny wytwarza się drogą innych odbiorczych powierzchni, jak oczy, uszy, nos, skóra i t. d. Pierwszy odruch, spowodowany pokarmem lub przedmiotami bezpośrednio wprowadzonemi do ust, t. j. bodźcami nieobojętnemi, jest bezwzględny, natomiast odruch nowej kategorji, z gruntu rzeczy nienaturalny, a sztuczny, jest względny.

Pojęcie odruchu jest dawną i trwałą zdobyczą nauki lekarskiej. Pod tą nazwą rozumiemy reakcję ustroju, zrealizowaną za pomocą układu nerwowego. Dotychczas fizjologowie używali miana odruch dla funkcji niższego piętra układu nerwowego. Równolegle z tem prof. Pawłow pierwszy wprowadza do fizjologji miano odruchy względne, znamionujące funkcje najwyższych odcinków układu nerwowego, które to funkcje traktuje się mianem podniet psychicznych. Otóż według nowelizacji fizjologa Pawłowa reakcja wydzielania śliny przy jedzeniu mięsa jest odruchem bezwzględnym, natomiast wydzielanie śliny tylko na widok mięsa jest odruchem względnym.

Zachodzi pytanie, jakie jest różniczkowanie anatomiczne między odruchem prostym (bezwzględnym) i odruchem względnym, jako czynnością najwyższą kory mózgowej?

Akcję odruchową niższego piętra układu nerwowego schematycznie cechują: podziałanie bodźca na obwód, przeniesienie podrażnienia przez neuron czuciowy na neuron ruchowy i nareszcie skurcz odpowiedniego mięśnia; to też składnikami łuku odruchowego są 3 stacje a to: 1) odbiorcza — receptor, 2) odprowadzająca — conductor i 3) stacja wynikowa — effector. To samo, — jak twierdzi prof. Pawłow — spostrzegamy i w strukturze anatomicznej odruchów względnych, o ile dołączymy do pojęcia receptor czynność analityczną kory mózgowej, t. j. rozkładanie i przekształcenie otrzymywanych bodźców, a do pojęcia conductor właściwość kojarzenia doznanych bodźców.

Odruchy względne wyższych odcinków układu nerwowego wyrabiają się dzięki istnieniu odruchu bezwzględnego. Tak, n. p. po uzyskaniu reakcji na wlanie psu do pyska kwasu, ***zabarwionego tuszem chińskim*** barwy czarnej, można pokazując psu nawet wodę tak samo zabarwioną, wywołać ten sam wynik, lub wytworzyć można reakcję oddzielania śliny za pomocą bodźców sztucznych, jak to: na widok naczynia, w którem podają psu pokarm, lub na dźwięk stroika, który warunkowo poprzedza akcję karmienia i t. d.

W pracach eksperymentalnych prof. Pawłow'a są nagromadzone bez liku przykłady pomysłowego wyrobienia odruchów względnych: t. zn. u zwierzęcia wyrobić można odruch względny wydzielania śliny na bodziec dźwiękowy tylko przy określonej ilości drgań stroika. Przytoczę następujące uderzające doświadczenie w tym kierunku. Jeżeli drażnić skórę psa prądem elektrycznym dostatecznej siły, zarazem z tem łącząc wielokrotnie karmienie zwierzęcia, to z biegiem czasu owa podnieta, t. j. drażnienie prądem elektrycznym bez równoczesnego karmienia powoduje zamiast reakcji obronnej, właściwej zwierzęciu, reakcję pokarmową t. j. zwracanie głowy w stronę rzekomego pokarmu i zjawienie się obfitego wydzielenia śliny.

Wytwarzane odruchy względne mogą gasnąć. Gaśnięcie zaś odruchów otrzymujemy przez wielokrotne działanie bodźca obojętnego, bez jednoczesnego działania bodźca nieobojętnego; częste powtarzanie dźwięku stroika bez równoczesnego wlewania kwasu powoduje to, że odruch względny przejawia się stopniowo coraz słabiej i nakoniec niknie.

Zasługuje na uwagę uderzający fakt, że gaśnięcie jednego odruchu względnego nie powoduje zaniku innych wytwarzanych odruchów

względnych, co wskazuje na właściwość różniczkowania odruchów względnych. W związku z tem przytoczę opis doświadczenia prof. Pawłowa z zastosowaniem, w charakterze bodźców względnych, mechanicznego podrażnienia 20 rozmaitych terenów skóry u psa. Otóż podrażniając mechanicznie w ciągu 30 sekund określony teren skóry z równoczesnem wlewaniem kwasu do jamy ustnej, otrzymywał Pawłow określony wynik wydzielenia śliny, powiedzmy ilość 30 kresek śliny w probówce. Podrażniając potem ten sam punkt skóry, bez równoczesnego wlewania kwasu, zauważył Pawłow gaśnięcie odruchu, np. 15 kresek zamiast pierwotnych 30 i nakoniec zupełne zniknięcie odruchu do zera. Lecz po zgaśnięciu odruchu, uczony sprawdzał kolejno siłę odruchów względnych na terenach przyległych, gdzie odruchy okazały się bynajmniej nie zatamowane. Powyższe różniczkowanie odruchów względnych prof. Pawłow stwierdził na 5 psach, na których doświadczał w ciągu całego roku.

Z tego znamiennego faktu różniczkowania odruchów wnioskujemy, że podnieta względna, która z początku promieniuje na znaczną część kory mózgowej, potem koncentruje się w miejscu bardzo ograniczonem.

To też odruchy względne w jaskrawej postaci wyjaśniają zdolności analityczne kory mózgowej. Odruchy względne jako ekspozytura układu nerwowego ośrodkowego, nasunąć muszą refleksje co do zdolności mózgu korzystania z doświadczeń i powstawania odruchów indywidualnych, zależnych od warunków życiowych i przystosowanych do tych warunków.

Zarówno wnioskować wolno, że z właściwości wyrobienia odruchów względnych, ich różniczkowania i hamowania rozwinęły się drogą ewolucji, właściwości kojarzenia myśli, udoskonalenia pamięci, a także dziedziny woli, w której walka pobudek może być identyfikowana z walką podniet i hamulców przy akcji wyrobienia odruchów względnych.

Wokoło zagadnienia odruchów względnych gromadzi się długi szereg kwestyj, dotyczących ustroju półkuli mózgowych. Tak, n. p. wypływa kwestja, jak rozumieć czynność dziedziny ruchowej kory mózgowej, a mianowicie, czy owej dziedzinie właściwa jest czynność odbiorcza (receptor), czy wynikowa (effector).

Otóż Pawłow wyrobił odruch względny z akcji ruchowej, mianowicie zgięcie nogi w określonym stawie, również wyrobił odruch z mechanicznego podrażnienia pewnego terenu skóry. Pozatem u pierwszego zwierzęcia wyciął gyr. sygmoideus (dziedzina ruchowa) a u drugiego zwierzęcia gyr. coronarius i ectosylvius, jako ośrodki odnośnego terenu skóry.

Wyniki tych doświadczeń były następujące: pierwsze zwierzę nie reagowało więcej odruchem na akcję ruchową, zachowując natomiast odruch na mechaniczne podrażnienie skóry. U drugiego zaś zwierzęcia odwrotnie był nieczynny odruch na mechaniczne podrażnienie skóry, natomiast zachował sprawność odruch na akcję ruchową.

Z podobnych doświadczeń Pawłow wnioskuje, że dziedzina ruchowa kory mózgowej jest stacją odbiorczą podobnie np. do sfery ocznej, i że wynik ruchowy przy podrażnieniu kory jest w gruncie rzeczy zjawiskiem natury odruchowej, to też kora mózgowa jest aparatem odbiorczym wielokształtnie analizującym i syntezującym nadchodzące podrażnienia, które tylko u dołu zapomocą włókien kojarzeniowych dosięgają aparatów ruchowych.

Pozatem w związku z odruchami względnemi Pawłow wysunął poważną kwestję lokalizacji w korze mózgowej. Wiadomem jest, że Munk ustalił w płacie potylicznym ośrodek wzroku, a w płacie skroniowym ośrodek słuchu. Natomiast szkoła Lucjani już dawno wypowiadała się za szerszem rozprzestrzenieniem ośrodków. Również klinicyści dysponują materjałem, który chwieje naukę o wązko-ograniczonych ośrodkach mózgowych.

Otóż Pawłow doświadczał w tym celu za pomocą metody odruchów względnych. Wyrabiając uprzednio u zwierząt reakcję zapomocą podniet względnych słuchowych i wzrokowych, pozatem dokonał wycinań w okolicy skroniowej i potylicznej, przyczem ustalił, że chociaż po tych zabiegach odruchy względne złożone niezawodnie szwankowały, to jednak przechowały się reakcje na bardzo proste podniety.

Wobec powyższego Pawłow stwierdza co następuje:

Każdemu aparatowi odbiorczemu na obwodzie odpowiada w korze mózgowej swoisty ośrodek, który odgrywa rolę stacji wysoce wyrafinowanej analizy dzięki swoistemu ustrojowi tego terenu, na co składają się: zwarte ulokowanie komórek tego terenu, liczebna łączność tych komórek i brak w tym terenie komórek innych czynności. Lecz poza wskazanym ośrodkiem na znacznej przestrzeni, a być może nawet na znacznej przestrzeni półkuli, istnieją również elementa odbiorcze, chociaż ich aktualność słabnie w miarę odległości od ośrodków właściwych.

Wreszcie, Pawłow, za pomocą metody odruchów względnych, usiłował rozwiązać zagadnienie fizjologji co do istnienia w korze mózgowej odosobnionych ośrodków wyższych czynności psychicznych.

Wiadomy jest fakt odmiennego zachowania się zwierząt po wycięciu bądź przedniej, bądź tylnej połowy półkul mózgowych, a mianowi-

cie po wycięciu tylnej połowy zwierzęta zachowują się prawie normalnie, natomiast po wycięciu przedniej połowy zwierzęta są bezradne, pozbawione zdolności wykonania ruchów celowych, a więc sprawiają wrażenie, że nie mogą rozumować. Jednakże doświadczenia Pawłowa w kierunku wyrobienia odruchów względnych upoważniły go do konkluzji zgodnej z opinją Munka, głoszącej, że nie istnieją odosobnione ośrodki wyższych czynności psychicznych i, że intelekt jest związany jednakowo z całą masą mózgową.

Zagłębiając się dalej w dział fizjologji pod etykietą „odruchy względne“, akademik Pawłow usiluje rzucić snop światła na rozmaite problemy psychologji. Szkoła Pawłowa zupełnie odrzuca wartość naukową psychologji subjektywnej, która dla wniknięcia w istotę duszy posługiwała się metodą introspekcji, to też Pawłow używa w nawiasach wyrazów „psychiczne” i „życie duchowe“.

Prof. Pawłow tak reasumuje odnośny swój pogląd. Pierwotny człowiek, nie pojmując zjawisk naturalnych, zapożyczył w celu ich tłómaczenia przeżycia swego świata wewnętrznego, t. j. swe uczucia, popędy i myśli. Natomiast konsekwentny przyrodnik nie powinien naśladować tego błędu przy tłómaczeniu czynności duchowej wyższej rasy zwierząt i człowieka, lecz powinien ujmować duszę nie z wewnątrz, a z zewnąfrz. Dusza, ten najwyższy szczebel życia, owiana w naszym światopoglądzie czemś wzniosłem i samoistnem, również winna być traktowana przez przyrodnika jako reakcja świata żyjącego na zjawiska z otoczenia.

Liczne wyniki zdobyte dzięki doświadczeniom szkoły Pawłowa za pomocą metody odruchów względnych przedstawiają niezmiernie cenny materjał, w szczególności dla psychjatrów. Sprawa przedstawia się następująco: Cała czynność masy mózgu składa się ze stanów podrażnienia i tamowania. I otóż z prac Pawłowa i Woskresenskiego okazało się, że tamowanie i sen są identycznym procesem. Jeżeli tamowanie obejmuje tylko nieznaczny teren mózgowy, mamy zjawisko powstrzymania pewnej czynności. Lecz skoro tamowanie ogarnia obydwie półkule mózgowe, następuje prawdziwy sen. Zdarzają się przypadki, że tamowanie nie objęło całego mózgu, również nieześrodkowało się w jednym drobnym punkcie, lecz zajmuje szereg większych terenów, jednocześnie zmięszanych z terenami podrażnienia, wówczas mamy obraz hypnozy. Przy przejściu ze stanu zupełnego podrażnienia do stanu zupełnego zatamowania komórki kory mózgowej przechodzą szeregi faz, których stosunek do podniet ze świata zewnętrznego zniekształca się. Fazy te tłumaczą widzenia senne. Zdarzają się również wypadki,

gdy pod wpływem rozmaitych warunków nienormalnych mózg pogrąża się przewlekle w jedną z takich faz, które klinicysta ujmuje w postać hysterji, psychastenji i t. d.

Ażeby dalej ilustrować zastosowanie koncepcyj fizjologicznych do objawów psychjatrycznych, Pawłow zaczął w r. 1918 badać umysłowo-chorych.

Jako materjał kliniczny posłużyli Mu chorzy z objawami ociężałości i stanów skurczów tonicznych. Ponieważ ci chorzy dobrze rozumieli, co się do nich mówiło, byli więc zorjentowani i pamięć u nich nie była upośledzona, Pawłow wnioskował, że istota sprawy chorobowej polega u powyższych chorych na tamowaniu dziedziny ruchowej, które to tamowanie nie zajęło pozostałych terenów mózgowych. Zarazem Pawłow twierdzi, że stany analogiczne obserwował w swem laboratorjum u psów, poddanych doświadczeniom w kierunku odruchów względnych. Nadmienić należy, że u jednego z chorych, obserwowanych przez prof. Pawłowa, izolacyjne tamowanie dziedziny ruchowej zanikło po upływie wielu lat istnienia tego zjawiska, a mianowicie w wieku chorego 60 lat, co Pawłow tłumaczył tem, że z nastąpieniem starości słabną procesy tamujące, co właśnie uwydatnia się usposobieniem starców do gadatliwości, bujania i dziecinności. Przy tej okazji Pawłow czyni uwagę, że zamiast utartych w fizjologji metod analitycznych, polegających na usuwaniu części mózgowych celem ustalenia odnośnej czynności, możnaby korzystać z objawów patologicznych u umysłowo-chorych w celach różniczkowania, to też psychjatrja do pewnego stopnia byłaby czynnikiem pomocniczym dla fizjologji półkul mózgowych.

Na tem kończę szkic prac szkoły Pawłowa.

Swe reformatorskie poglądy wielki uczony, laureat nagrody Nobla, akademik Pawłow obwieszcza od szeregu lat ogółowi naukowemu na zebraniach uczonych z wyżyn kateder Europy i Ameryki.

Z naciskiem podkreślamy, iż Pawłow całkiem przeinacza psychologię, gdyż zamiast nauki samodzielnej psychologja redukuje się do rozdziału fizjologji mózgu.

Zestawiając spekulatywne wnioski dawnej psychologji z rewelacjami Pawłowa, osnutemi na faktach doświadczalnych z dziedziny fizjologji, mimo woli przypominają się szydercze słowa Fausta: „Ludzie uprawiający spekulację są podobni do trzody, która wałęsa się po marnych łąkach zamiast kroczyć po przyległych kwitnących pastwiskach".

Pod kwitnącemi pastwiskami pojmuje się studjum struktury duszy za pomocą metodyki odruchów względnych.

LES RÉFLEXES CONDITIONNELS.

Rapport référé par le dr. WIRSZUBSKI à la séance de l'Association des aliénistes, section de Vilno.

L'auteur discute le problème des réflexes conditionnels en citant la fameuse expérience de Pavloff.

Le mécanisme du réflexe conditionnel est le même que celui du réflexe absolu, avec cette seule différence, que c'est la membrane muqueuse qui dans le dernier cas sert de surface réceptrice, tandis que pour l'autre cas ce sont les organes de sens; le chien voit la nourriture, il sent son odeur, il entend les pas de la personne qui l'apporte, et le réflexe conditionnel se réalise grâce à la fonction analytique et synthétique du cerveau.

C'est aux réflexes absolus que les réflexes conditionnels doivent leur origine.

Par exemple: si l'on provoque une réaction par l'introduction d'un acide de couleur noire dans la gueule d'un chien, on peut constater que la vue seule d'un liquide noir p. e. de l'eau coloriée, provoque chez l'animal le même résultat que l'acide. Nous pouvons aussi provoquer un réflexe par le son d'une cloche, qui précéderait habituellement un repas. Le réflexe pourrait cesser d'apparaître si pendant quelque temps la cloche n'était pas suivi d'un repas.

Beaucoup de questions concernant la fonction des hémisphères du cerveau, se groupent autour du problème des réflexes conditionnels. C'est ainsi qu'il s'agit de savoir si l'on peut attribuer à la sphère des actions une activité réceptive (receptor) ou effective (effector.)

A l'aide de la théorie des réflexes conditionels de la sphère des actions, Pavloff affirme que la partie mobile du cerveau est un récepteur, pareil à la sphère ophthalmique.

Ensuite, en rapport avec les réflexes conditionnels, Pavloff avance la question de localisation dans l'écorce, en affirmant ce qui suit:

Chaque appareil récepteur correspond à son centre dans le cerveau, mais hormis le centre il existe également des éléments récepteurs, quoique leur activité s'affaiblisse en proportion de leur éloignement du centre.

Pavloff conclut, ainsi que Munk, que l'intellect est l'expression de l'activité de toute la masse cérébrale.

L'école de Pavloff rejette complètement la valeur scientifique de la psychologie subjective, qui se sert de la méthode introspective: d'après Pavloff la psychologie n'est pas une science indépendante; elle est réduite au rang d'une section de la physiologie du cerveau.

Les nombreuses expériences faites dans le laboratoire du prof. Pavloff, donnent un précieux matériel aux neurologues.

Ces expériences peuvent expliquer l'hystérie, la psychasthénie et certains cas des psychoses; la psychiatrie pourrait être, jusqu'à un certain point, un facteur aidant la physiologie des hémisphères du cerveau. !

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ NAUKOWYCH

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 2. stycznia 1926 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Sągin.

P. Gawroński przedstawia:

1). chorą C. K., lat 42, nie obarczoną dziedzicznie, która zachorowała poraz pierwszy przed 3-ma laty pod wpływem wstrząsających przeżyć w środowisku rewolucji bolszewickiej. Choroba jej objawiała się w nadmiernej lękliwości, przygnębieniu i kilkakrotnych zamiarach samobójczych. W momencie wstąpienia do Dziekanki i przez blisko 8-miomiesięczny pobyt w Zakładzie chora orjentowała się w czasie, miejscu i otoczeniu poprawnie, przytem stale powtarzała, że chce umrzeć i w tym celu połknęła już w domu sporo gwoździ, które wyciągała ze ściany, oraz igieł i ostrych odłamków szkła. Zawijała je zwykle w chleb i połykała. Potem stale doznawała i dotąd doznaje uczucia ciężaru w brzuchu. Mąż, chcąc chorą przekonać, kazał jamę brzuszną prześwietlić; obraz pustych jelit nie przekonał jej, owszem utrwalił urojenia a nawet spotęgował. Pacjentka w ostatnich czasach z całym spokojem powtarzała, że połknęła 5 funtów igieł, szkła i gwoździ i że czuje w brzuchu ciężar 50-funtowy, a że dotąd jeszcze nie umarła, to dowodzi, że ma zdrową naturę, zdrowy organizm. Parokrotnie przy tych skargach nastręczała lekarzowi konieczność rozkrajania brzucha i uwolnienia jej od tego ciężaru, na co się zgadza też mąż, przybyły w odwiedziny do chorej. Chora pierwszy raz wyjawiła chęć poddania się operacji już przed pięciu miesiącami. Bezpośrednio przed demonstracją pacjentki na posiedzeniu lekarskiem referent oświadczył chorej, że życzeniu jej stanie się zadość, że odbędzie się operacja. Wówczas chora odparła: „ja chcę do domu, ja nie chcę operacji", motywując odmowę tem, że niema dobrych operatorów, że są tu tylko „inkwizytorzy".

Podczas demonstracji chora oświadcza, że chciałaby umrzeć, bo zjadła szkło; choć jej nie smakowało, to jednak nie wymiotowała. Konkluduje: „ale ja nie wiem, co będzie ze mną". Chce umrzeć, bo zrobiła „niedobrze". Szkło jadła z myślą, że umrze. Ma wrażenie, że jest chorą psychicznie. Połknięcie szkła nie jest wyobrażeniem, lecz prawdą. Dalej pacjentka podaje, że czuje, iż jest inną niż dawniej. Dawniej dzieci kochała, obecnie nie kocha, bo dzieci jej nie kochają. Na operację nie zgadza się. Na pytanie, co robić z nią, odpowiada: „w ziemię". Zapewnia, że prócz szkła połykała gwoździe, stare, zardzewiałe, kupiła ich trzy funty, pozatem wyrywała ze ściany. Pierwsza porcja tych gwoździ wyszła; połknięta łyżeczka też wyszła. Badana twierdzi, że miała „psychoneurastenję" i dlatego chciała umrzeć; nie warto żyć, bo była obłożnie chorą. Jako dziecko przechodziła odrę. Zawsze była „markotną". 30 lat mieszkała w małem miasteczku. Matka jest histeryczką, ale „zdrowa jak kwiat". Chora ma „wielkie cierpienie moralne" ze względu na swoje postępowanie. Kiedy zachorowała, miała taką „słabość", że nie mogła

przejść przez ulicę, miewała zawroty głowy. Czasami ukazują się jej dzieci i słyszy, jak krzyczą. Podaje, że dzieci są białe, t. zn. mają białe włosy. Chciałaby umrzeć, nie dokonując samobójstwa, aby móc być pochowaną na cmentarzu. Na pytanie, czy chce wrócić na oddział, odpowiada, że nie wie (niezdecydowana). Nie warto, by jej podawać rękę.

DYSKUSJA.

P. O. Bielawski: Uwagi chorej co do zawrotów głowy i zemdleń, dalej świadomość choroby, perseweracja, słabość umysłowa, wreszcie słabe oddziaływanie źrenic każą myśleć o miażdżycy mózgu.

W każdym razie stan depresji nie jest czysty, nie jest typowy dla melancholji. Ze względu na wiek chorej (42 lata) i długie trwanie psychozy nasuwa się różniczkowe rozpoznanie pomiędzy melancholją inwolucyjną a miażdżycą.

Fikcyjna operacja, zmierzająca do usunięcia urojeń chorej, że ma igły w brzuchu, nie jest wskazana. Urojenia te nie są osią stanu psychopatycznego, nie są natury kompleksowej, funkcjonalnej.

P. Al. Piotrowski, choć nie neguje istnienia zaczątków arterjosklerozy, nie zgadza się jednak na koncepcję psychozy organicznej, albowiem osobowość psychopatologiczna nie odpowiada organicznemu zachorzeniu psychicznemu. Przyjąwszy pod uwagę depresję, poczucia niegodności, urojenia przygodne, ulotne, mianowicie urojenia hypochondryczne, przy zachowanym zresztą krytycyzmie, niezdecydowanie — wypada określić obraz chorobowy jako stan depresyjny z hipochondrycznemi urojeniami u psychopatki. Długotrwałość choroby nie przemawia przeciwko takiemu pojmowaniu istoty cierpienia.

Przypadek ten nie nadaje się do operacji.

P. Gawroński w zasadzie zgadza się z p. Bielawskim, że pacjentka jest arterjosklerotyczką. Ze względu jednak na charakter urojeń, na niezdecydowanie chorej skłonny jest przyjąć histerję; nie zgadza się na operację fikcyjną.

2): Pacjent K. B., lat 15, obciążony dziedzicznie, przybył do Zakładu z rozpoznaniem „schizofrenja". Dziad — nerwowy, babka — „melancholiczka", matka — ma Bazedowa, brat młodszy przebył zapalenie mózgu tbc.

Akt urodzin bardzo ciężki. Krzykliwość w niemowlęctwie, konwulsje do 7-go roku życia. Czerwonka w roku 1922. Bezsenność i bóle głowy przez cały rok 1923-ci z zaburzeniami przytomności, przytem dziwna ruchliwość kończyn i twarzy. Wogóle nadmierna ruchliwość — niepokój mięśniowy do 1925 r. Wówczas uderzało gwałtowne i aroganckie występowanie wobec rodziców.

Pacjent jest wątły, anemiczny, lękliwy, drażliwy, pobudliwy (pobudliwość objawia się gadatliwością) o woli mało rozwiniętej (nie umie opanować mowy, przeskakuje z tematu na temat), sugestywny, łatwo poddający się wpływowi otoczenia, przeczulony. Inteligencja nie wybitna, ale i nie upośledzona, myśl żywa, ruchliwa, popęd do spostrzeżeń, zamiłowanie do natury, do pracy fizycznej. Zaniedbany w nauce szkolnej i nie mający chęci do nauki. W przebiegu rozmowy często mówi: „Żyć nie warto, lepiej się zabić, jak taki nędzny żywot prowadzić". Po dłuższej rozmowie oświadcza, że szedł do referenta z drżeniem i bojaźnią, ale teraz się uspokoił, już go pokochał. Chciał

by się uczyć, albo pracować w ogrodzie, przytem się nie przemęczać, lubi czytać książki, ale to go męczy. Życiowo wyrobiony, zorjentowany. Widać, że się ocierał już o różne kąty. Zwyrodnienia fizycznego nie dostrzega się, prócz porażenia mięśnia kapturowego.

Pacjent domaga się zmiany dotychczasowego środowiska i opieki leczniczo-wychowawczej, przedewszystkiem starannej obserwacji w środowisku odpowiedniem.

DYSKUSJA.

P. Piotrowski stwierdza, że chory nie cierpi na schizofrenję, jak głosi świadectwo lekarskie, albowiem osobowość pacjenta psychopatologiczna nie jest schizofrenijną. Według wywiadów zebranych od matki przez p. Piotrowskiego, pacjent przebywał dawniej chorobę gorączkową w rodzaju grypy i potem nie sypiał, nawet pod wpływem nasenników, uprawiał zawzięcie bezwstydną onanję. Wytrzeszcz, osobliwa zmiana charakteru; charakter jest inny niż charakter właściwy temu wiekowi, złośliwość, niepohamowana arogancja, psotność, bezwstyd, gwałtowność — nasuwa wniosek, że mamy do czynienia z następstwami przebytej encephalitis lethargica.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 5. stycznia 1926 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Sągin.

1) Dr. Bielawski: *Przypadek sądowo-psychjatryczny. — Szereg popełnionych oszustw. — Psychopatja. — Poczytalność zmniejszona.*

T. był już trzykrotnie karany za oszustwo w latach 1919 i 1923. Obecnie akt oskarżenia zarzuca mu szereg oszustw popełnionych w roku 1925. Okoliczności ich były mniejwięcej analogiczne. Wykazując się fałszywymi dokumentami wystawionymi na nazwisko niejakiegoś Z., oskarżony wprowadzał w błąd właścicieli różnych sklepów, wzbudzając w nich zaufanie do siebie jako osobnika zasobnego w pieniądze; tym sposobem zdobywał na kredyt towar, który następnie spieniężał.

Dla ilustracji wypada przytoczyć przynajmniej jeden fakt: w dniu 20. 4. 25 r. przybył T. do właściciela sklepu mebli D., żądając garnituru klubowego pociągniętego gobeliną i oświadczając, że chce go kupić dla szwagra. Ponieważ D. takiego garnituru nie miał na składzie, przeto T. wskazał na kanapę obciągniętą skórą, jako przedmiot kupna. D. żądał sześćset złotych; nato T. proponował zniżkę ceny i zapłatę gotówką. Wobec tego D. zgodził się na 550 złotych. Wtedy T. oświadczył, że poradzi się szwagra i opuścił sklep. Na drugi dzień T. w restauracji „pod Orłem" polecił stołowemu, ażeby przyprowadził właściciela restauracji. Temu zaproponował kupno kanapy, opowiadając, że znalazł się w kłopotliwem położeniu, gdyż sprowadził się z rodziną do B., a nie mając mieszkania, musi meble sprzedać, pozostała mu jeszcze kanapa, prawie nowa; ażeby wzbudzić litość, T. skarżył się na swoje kalectwo, przytem legitymował się dokumentami wystawionymi na cudze nazwisko. W końcu T. oświadczył, że za chwilę będzie przejeżdżał z kanapą koło hotelu, to można ją będzie obejrzeć, następnie udał się z tragarzem

i wózkiem do składu mebli, oświadczając, że jego szwagier godzi się na kupno kanapy. Jednocześnie oświadczył, że Izba Skarbowa w Poznaniu nie może wypłacić mu natychmiast zaległej renty, więc nie ma pieniędzy, że jednak wystawi weksel na 10 dni. Interes przyszedł do skutku. T. przyjechał z kanapą przed hotel „pod Orłem", gdzie kanapę sprzedał za dwieście złotych.

Do oszustwa tego i wielu innych T. przyznał się. Będąc w więzieniu, podsądny stawił wniosek o zbadanie go przez lekarzy, gdyż wskutek rozmaitych przejść miewał okresy, w których tracił pamięć, ponieważ cierpi na nerwy i serce. W piśmie do Izby Karnej T. mianował siebie „nestorem genjuszów", „wynalazcą serca wiekuistego, które się wkłada w organizm ludzki"; człowiek wtedy wcale nie umiera. Twierdził, że podobne idee wygłaszał już Neron, Dante, Shakespeare, Mahomet i Wirgiljusz, żądał, ażeby na rozprawę sądową przybyli przedstawiciele prasy międzynarodowej, on sam chciał się zjawić incognito. W tutejszym zakładzie badany podaje, że ciotka ze strony matki była rzekomo obłąkana, leczyła się w sanatorjum. T. urodził się rzekomo prawidłowo, uczył się średnio, otrzymał wreszcie maturę. Będąc dzieckiem, miewał, według opowiadania matki, szalone bóle głowy. W szkole łatwo ulegał namowom i dał się nakłonić do rozmaitych „głupstw", Raz wziął ojcu pistolet i podarował go koledze. Ojciec często mu robił wyrzuty, że plami imię rodziny. Również często badany kłamał bezpodstawnie i bezcelowo; to mu sprawiało przyjemność. W roku 1917 chorował na tyfus plamisty, w 1919 r. na grypę. Sześć lat temu stracił na wojnie obie nogi. Leczył się długo na nerwy w klinice dla umysłowo chorych w Kolonji. Bolała go głowa, był nieprzytomny, bo cierpiał na nogi, zażywał morfinę i pił. Ożeniony w roku 1916, miał jedno dziecko, które mu zmarło w wieku 2 lat. Choroby weneryczne badany neguje.

Stan obecny cielesny wykazuje brak podudzi obu kończyn dolnych, lekkie blizny w ciemieniowej okolicy głowy, które, jak twierdzi oskarżony, mają pochodzić od ran z postrzałów otrzymanych na wojnie. Blizny te są małe, z kością nie zrośnięte, owłosienie widocznie nie naruszone, kość w tem miejscu bez zmian. Badanie neurologiczne nie wykazuje nic charakterystycznego. Pod względem psychicznym stwierdza się pobudliwość afektywną. płacze i nie może się uspokoić i opanować. Pod względem intelektualnym nie stwierdzono u T. ani braków w dziedzinie pamięci ani też wybitniejszego upośledzenia zdolności krytycznych i syntetycznych.

DYSKUSJA.

P. Gawroński zaznacza, że w okresie rozwojowym pacjenta niejednokrotnie zdarzały się różne nadużycia, jak wykradanie rodzicom z biurka pieniędzy i t. p.; są to skłonności, znamionujące podrostka o zmniejszonej wartości moralnej. Na nią złożyło się obciążenie dziedziczne, przyczynić się też mogło i przebyte we wczesnem dzieciństwie zapalenie mózgu. Jeżeli młody osobnik z takiemi zadatkami wchodzi w życie w okresie wojny, która wciąga go w swój wir i staje się przez ciężkie uszkodzenie cielesne przyczyną chronicznego kalectwa i niedołęstwa fizycznego, osłabiającego energię życiową, to nadużycia popełnione przez niego w atmosferze powojennej stają się zrozumialsze.

Zawiele czynników szkodliwych zewnętrznych złożyło się na asocjalną pochyłą linję jego życia, aby on, staczając się po niej, miał znieść cały ciężar odpowiedzialności.

P. Piotrowski akcentuje, że T. pochodzi z rodziny, w której zachodziły choroby psychiczne. T. jest dziedzicznie obarczony. Już w młodości okazywał słabość woli, albowiem bardzo łatwo ulegał namowom towarzyszy i pod ich wpływem popełniał czyny niedozwolone. Maturę zdał z nadmiernym wysiłkiem, a studji aptekarskich nie mógł ukończyć. Na wojnie był zasypany i stracił oba podudzia. T. jest więc przez wojnę ciężko poszkodowany; po wojnie oddawał się pijaństwu i morfinizmowi. Z tego powodu osobowość psychiczna badanego, z natury uległego psychopaty o słabej woli, wyczerpanego skutkiem trudów wojennych, musiała jeszcze więcej ucierpić i załamać się, a wola jeszcze więcej osłabnąć.

Umysłowość badanego nie wykazuje wprawdzie grubych braków i zboczeń pod względem formalnym, atoli nie jest ona znowu tak wyrobiona, aby mogła należycie kierować wolą w każdej sytuacji, jaką sprowadza ciężka walka o byt w niekorzystnych warunkach zewnętrznych.

Reasumując zebrane dane o podsądnym, przychodzi się do wniosku, że T. jest osobnikiem chwiejnym, łatwo ulegającym każdemu silniejszemu bodźcowi, łatwo pobudliwym pod względem afektywnym, a wskutek słabej woli i braku energji niezdolnym do skutecznej walki z uciążliwemi przeszkodami, tak licznemi na drodze poprawnego życia społecznego. To też T., nie mogąc się przystosować do wymagań praworządnego bytowania, przy zdobywaniu pozycji zwrócił się w kierunku najmniejszego oporu i działał w tym kierunku, znajdując ułatwienie i pomoc w mętnem środowisku i powojennej niemoralnej atmosferze. W każdym razie przestępstwa popełnione przez T. są wypływem chorobliwej osobowości psychicznej.

U typu tego rodzaju co T., formalnie poprawny stan umysłowości nie jest decydującym wskaźnikiem oceny osobowości psychicznej. Tu trzeba uwzględnić przedewszystkiem inne stany psychiczne, jak wzruszeniowość i usiłowanie. Wtedy okazuje się, że łatwo pobudliwa afektywność góruje nad umysłowością i opanowuje ją daleko silniej, niż to ma miejsce w warunkach normalnych, i tem samem wywiera znacznie większy wpływ na słabą wolę i postanowienia, niż to czynić może umysłowość.

Wobec tego p. Piotrowski uważa, że u oskarżonego odpowiedzialność za czyny jest zmniejszona wskutek słabości woli.

O. Bielawski przychodzi do wniosku, że oskarżony T. jest psychopatą, w dodatku osobnikiem silnie wyczerpanym nerwowo i psychicznie, wskutek ciężkich przejść moralnych, wskutek kalectwa oraz zatruwania się morfiną i alkoholem. Życie psychiczne osobnika dotkniętego tak ciężkiem kalectwem układa się w sposób inny, niż życie osobnika nieupośledzonego, nasuwając mu myśl zdobywania sobie środków materjalnych drogą najłatwiejszą, aczkolwiek prawem zakazaną. Konsumowanie trucizny jak morfina i alkohol, osłabia układ nerwowy i władze psychiczne, zmniejsza wpływ hamulców etycznych przy walce motywów poprzedzających decyzję popełnienia czynów karalnych.

Wszystkie czynniki powyższe, brane łącznie, charakteryzują oskarżonego jako osobnika psychicznie spaczonego i upośledzonego. Jednak defekty

te nie są takie, by stan psychiczny podsądnego w chwili dokonywania czynów karalnych uznać jako stan wykluczający wolną wolę.

Zachowanie się T. w więzieniu i na rozprawie głównej należy kwalifikować jako wyraz po części świadomego, po części bezwiednego rozwiązania trudnej dla niego sytuacji, ucieczką w chorobę psychiczną już to w postaci marzeń o nieziszczalnych w rzeczywistości pragnieniach, jak wynalezienie wiecznie zdrowego serca (gdyż T. cierpi na przykre nerwicowe sensacje serca), jak wyobrażenie, że odgrywa znaczną rolę w społeczeństwie (w przeciwieństwie do rzeczywistości, która przedstawia się w formie wegetacji i szarego bezbarwnego życia, na które jest skazany wskutek kalectwa).

Ostatecznie referent konkluduje, że T., oskarżony o oszustwo, w chwili dokonywania karalnych czynów nie znajdował się w stanie nieprzytomności, ani też takiego chorobowego zaburzenia umysłu, któreby wykluczało jego wolną wolę, jednak T. jest ciężkim psychopatą i osobnikiem upośledzonym na duszy i na ciele; jego akty psychiczne odbywają się niezupełnie według norm osobnika psychicznie zdrowego. W więzieniu T. przebył lekki stan zakłócenia życia duchowego w postaci reakcji psychotycznej na sytuację.

2): P. Piotrowski: *Przypadek sądowo-psychjatryczny. — Podpalenie. — Oligofrenja. — Poczytalność wątpliwa.*

H. K., lat 61, podpalił z zemsty gospodarstwo syna swego i gospodarstwo sąsiada. Po dokonanym czynie udał się do pobliskiego stawu, aby się utopić. Zamiaru jednakże nie urzeczywistnił, bo przeszkodzili mu w tem sąsiedzi zdążający na miejsce pożaru. Wobec tego H. K. pobiegł do swego zięcia i tam się ukrywał do chwili aresztowania.

K. mieszkał na wymiarze u syna, któremu zapisał był przed rokiem swe 60-morgowe, bogato wyposażone gospodarstwo. Nie mógł się zgodzić z synową, z którą miewał często sprzeczki z powodu niedotrzymania umowy. Stosunek do niej tak się pogorszył, że K. wkońcu czuł głęboką urazę do niej, co wywołało chęć zemsty. Z tej zemsty K. podpalił posiadłość syna; budynki sąsiada podpalił także z zemsty, ponieważ ten namówił go do oddania gospodarstwa synowi. Do osoby K. podaje: ojciec i brat byli pijakami, on też jest pijakiem i spożywał dziennie do pół litra wódki. Tak samo przed czynem wypił około pół litra wódki. Jego nastrój w tym czasie był rozpaczliwy. K. nie miał chęci do życia i chciał popełnić samobójstwo. Wobec tego nie myślał o możliwości kary. Gdyby był wiedział, że samobójstwo mu się nie uda, nie byłby podpalił. Gdyby zwierzył się był żonie choć na 10 minut przed dokonaniem czynu, nie doszłoby do podpalenia. Gdyby mu ludzie nie przeszkodzili, byłby się utopił. Jeszcze przed wejściem do wody wypił resztę wódki z flaszki, którą miał przy sobie, bo chciał się upić i umrzeć. Wódka nie skutkowała.

Obecnie żałuje, że podpalił, ale nie żałuje, że mu się samobójstwo nie udało; chce ponieść karę zasłużoną. Obecnie nie popełniłby tego czynu. Do synowej urazy więcej nie czuje.

K. oświadcza stanowczo, że w czasie krytycznym nie mógł się oprzeć popędowi do podpalenia. Było to tak, że musiał podpalić. Jakaś siła pędziła go do podpalenia.

K. podaje dalej, że w rodzinie zawsze był nieco w tyle, że nie był tak rozwinięty jak reszta rodzeństwa. Opuścił szkołę wiejską z 3-go oddziału.

Był bardzo wrażliwy, łatwo pobudliwy, obrażał się przy lada sposobności i nie znosił, gdy jemu krzywdę wyrządzono; łatwo zapominał.

Przy badaniu K. wykazywał: obłożony język, zbaczający na prawo, silnie drżące powieki, częste kurcze mięśniowe na prawym policzku, wężykowate arterje na skroni, objaw Quinquaud'a w drżących palcach, żwawe odruchy ścięgniste, osłabioną pamięć i sprawność zapamiętywania, bezwładną mowę.

Na podstawie tych objawów należy uważać K. jako oligofrenika, pijaka, arterjosklerotyka, u którego w stanie wzburzenia afektywnego (złość do synowej i rozpacz) powstała myśl podpalenia, która opanowała całą jego istotę i pod wpływem alkoholu (½ litra wódki) siłą nieprzepartą wyładowała się w czynie karalnym. — U osób tego rodzaju co K. wzburzenie afektywne może być tak silne, że nie pozwala wystąpić i rozwinąć się myśli przeciwnej. Działanie wtedy nie jest działaniem z wyboru, działaniem wypływającem z zastanowienia, lecz działaniem popędowem.

Taki stan psychiczny należy do wyjątkowych, w których wolna wola jest ograniczona. To też p. dr. Piotrowski ma uzasadnione wątpliwości co do poczytalności K. w chwili dokonania karalnego czynu.

DYSKUSJA.

P. Bielawski uważa, że oskarżony wskutek osłabienia władz psychicznych pod wpływem alkoholu i z powodu konstytucji psychopatycznej skłonny jest do silnych wyładowań afektywnych, przeto w chwili wykonania czynu karalnego wolna wola jego była ograniczona.

J. Gawroński podnosi, że akt zemsty był wprawdzie w tym przypadku dokonywany z premedytacją, ale była to premedytacja starczej (miażdżyca) i pijanej w zwykłem znaczeniu tego słowa inteligencji (alkoholizm). Jeżeli 60-cioletni starzec popełnił głupstwo, że mając majątek, wyzbył się go dobrowolnie, nie zabezpieczywszy sobie materjalnego bytu, a potem czuł się pokrzywdzonym (przez siebie samego) i wywołał na tem tle konflikt z synową, mógł przecież szukać zadośćuczynienia choćby na drodze sądowej. Zemsta ujawniająca się w podpaleniu własnej siedziby i w dodatku gospodarstwa sąsiedniego, przypomina zemstę niedźwiedzia z bajki, który zabijając muchę na czole swego śpiącego przyjaciela pustelnika uśmiercił i jego. To jest gest osłabionego intelektu, zamroczonego częstemi i silnemi dawkami alkoholu oraz przytłumionego afektem wzburzonym, nie zaś czyn zwykłego zbrodniarza.

P. Piotrowski w słowie końcowem stwierdza, że mówcy dyskusyjni przyszli do tego samego wniosku co i on i istnieje tylko różnica w ocenie kwantytatywnej odpowiedzialności podsądnego, albowiem p. Gawroński poszedł o krok dalej od referenta i uznał oskarżonego za niepoczytalnego. P. Piotrowski wyraża jednak zdanie, że K. mógł się był poradzić conajmniej żony swojej, która z pewnością byłaby go powstrzymała od podpalenia. K. nie znajdował się w stanie nieprzytomności wzgl. zachorzenia psychicznego z wykluczeniem wolnej woli, więc nie był niepoczytalnym. Z drugiej strony K. jako oligofrenik (debilitas) i alkoholik jest psychicznie upośledzony, i z powodu tego upośledzenia jego wolna wola jest osłabiona.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE
dnia 4. lutego 1926 r.
Przewodniczący p. Piotrowski. — Sekretarz p. Sągin.

P. Piotrowski przedstawia pacjenta K. S., b. ucznia szkoły handlowej w Moskwie, lat 24, dziedzicznie nie obarczonego. W młodocianym wieku nic szczególnego prócz wybitnych zdolności w matematyce. Mając lat 16, K. przebył malarję. W 1922 r. przeszedł szkarlatynę, podczas której był nieco podniecony i miał halucynacje. Po wyzdrowieniu halucynacje nie powtarzały się. Przed chorobą chłopiec był nadzwyczaj żywy, gimnastykował, pływał; nauczyciele uważali go jako zdolnego, ale leniwego ucznia. Zalegały u niego wypracowania szkolne. Był charakteru złośliwego, dokuczał otoczeniu, szczególnie najbliższemu. Choroba umysłowa objawiała się u niego zaburzeniami psychicznemi regularnie występującemi co trzy i cztery tygodnie. Przy badaniu pacjent twierdził, że jest popędliwy, gdyż zajmuje się onanją, że przyjechał tu, aby się leczyć; chciał się powiesić z nudów. Teraz już takich myśli nie ma, bo jeżeli się nudzi, to szuka jakiegoś zajęcia albo czyta książki. Czasami ma takie chwile, że nie może skupić uwagi. Zdrowie jego „nie jest nadzwyczajne". Czasami nawiedzały go myśli natrętne; K. zastanawiał się często nad rzeczami błahemi. Po chorobie w ostatnim czasie stał się obojętnym w stosunku do rodziny. Miewał czasami kłótnie i sprzeczki ze znajomymi. Nie wie, jak mu przyszło do głowy, że wybrał się do Radzymina. Szedł bez celu; uważa to za spacer (80 km.).

Obecnie liczenie idzie mu trudno. 14×13 nie potrafi pomnożyć, $7 \times 13 = 91$, $521 + 630 =$ ma „pustą głowę, trudno zebrać myśli", więc nie może odpowiedzieć. Nastrój ma bardzo smutny, bo nie ma co ze sobą robić. Chciałby się czem zająć (w rzeczywistości niczem zająć się nie chce, w żaden sposób nie można było go pobudzić do zajęcia). O wyjeździe do Niemiec mówi, że nie może mieć swego zdania i musi słuchać rozkazów ojca. Powiesić się nie chce, ale chciałby w jakikolwiek sposób „zniszczyć się".

Referent stwierdził u badanego: osłabienie psychiczne po infekcyjnej chorobie.

Pozatem p. Piotrowski przedstawia inżyniera M. S., lat 32. Matka jego nerwowa; ojciec miał „melancholję", z której po półtora roku wyleczył się i jeszcze przez dwa lata pełnił służbę. Potem stał się apatyczny, był sparaliżowany i umarł na organiczną chorobę. Badany jest żonaty; dzieci nie ma.

Pacjent był zawsze spokojny, poważny, odludny. W wieku lat 27 miał scysję z profesorem, twierdził, że profesor hypnotyzuje go i szykanuje za to, że pacjent nie chciał ożenić się z pewną panną. Nastąpił stan przygnębienia, ze smutnemi myślami prześladowczemi, trwający parę tygodni. M. doniósł „pułkownikowi", że szofer jego zahypnotyzował go.

Przy badaniu M. oświadczył, że jest mordercą i zbrodniarzem (należy poćwiartować go, spalić i t. d.). Posądzał siebie o współudział w zamachach i wszelkich zbrodniach, uważał że nie jest chory, lecz cierpi tylko karę bożą. Po południu tego samego dnia M. niepostrzeżenie oddalił się z sali stołowej do klatki schodowej i wyskoczył oknem.

Obecnie podaje, że wyskoczył oknem dlatego, że miał halucynacje wzrokowe. Jakaś biała postać goniła go. Samobójstwo uważa za zjawisko nor-

malne, o ile są powody do tego. Wprawdzie religja potępia samobójstwo, ale to rzecz osobista. Dziś nie targnąłby się na swoje życie; poprzednie usiłowania samobójcze były wypływem myśli chorobowych. Chciał skończyć samobójstwem, bo miał halucynacje wzrokowe i słuchowe. Czasami nawiedzały go myśli natrętne; lęków nie miał. — (Później pacjent przyznał się, że cierpiał wiele wskutek lęku, powodowanego myślą, że zabił swego wuja. Swego czasu negował lęk, bo nie rozumiał pytania, i zdawało mu się, że chodzi tu o lęk przed śmiercią, którego nie znał). Dzisiaj nie ma powodu do samobójstwa; nastrój ma teraz „normalny". Niekiedy słyszy „głosy", nie zwraca jednak na nie uwagi.

Pacjent cierpi na psychozę lękową.

DYSKUSJA.

O. Bielawski: osłabienie umysłu u pacjenta K. spowodowane jest nie zmianami funkcjonalnemi, lecz organiczną zanikową chorobą mózgu, mianowicie schorzeniem jąder podstawowych.

P. Al. Piotrowski odpowiada, że oczywiście choroby infekcyjne, wywołujące osłabienie umysłu, powodują pewne zmiany chorobowe w tkance mózgowej. W przypadku K. jednak referent nie ogranicza owych zmian do jąder podstawowych, lecz wyraża opinję, że ze względu na charakter czysto psychopatologiczny choroby, a nie neurologiczny, i ze względu na osłabienie przedewszystkiem funkcji umysłowych wyższego rzędu, mianowicie funkcji syntetycznych, należy w pierwszym rzędzie myśleć o uszkodzeniu kory mózgowej.

J. Gawroński: O WPŁYWIE NARZĄDU MIĘŚNIOWEGO NA POWSTANIE I ROZWÓJ ŚWIADOMOŚCI (por. Now. Psych. Nr. 2, 1926).

DYSKUSJA.

P. Piotrowski ma zastrzeżenia co do ilustracyj, które niezbyt wyraźnie przedstawiają sprawę poruszoną. Pozatem zaznacza, że kwestja przestrzeni i czasu stanowiła (od czasów Kanta) i stanowi jeden z najpoważniejszych problemów dociekań filozoficznych i do dziś nie została zadowalniająco rozwiązana. Według Kanta czas i przestrzeń nie są bynajmniej czynnikiem jakościowym wrażeń, lecz formą wyobrażeń, formą nie wypływającą z wrażenia, lecz powstającą ze wzajemnego oddziaływania i ustosunkowania się wyobrażeń; dlatego czas i przestrzeń nie mogą być wyobrażeniem.

Nazwę „patopsyche" oponent uważa za niefortunną w tym przypadku.

O. Bielawski podnosi, że stanów wywołujących rozdźwięk między czuciem mięśniowem a zwykłem sensorjum jest bardzo mało. Praktyka lecznicza zastosowania ruchu w zaburzeniach psychicznych daje dobre wyniki, ale to nie znaczy, że wyniki owe potwierdzają teorję. U dzieci ruchliwość nie jest opanowana przez korę mózgową, tylko przez centra podkorowe.

Dr. J. Gawroński, reasumując wszystkie uwagi pp. Piotrowskiego i Bielawskiego zaznacza, że gdyby nawet twierdzenia E. Storcha nastręczały pewne wątpliwości, to już samo życie dziecka normalnego, wszystkie okresy jego rozwoju, wypełnione ruchliwością, są jawnem świadectwem o powstawaniu aktów świadomości przy czynnym współudziale systemu mięśniowego, a więc o myogenetycznym ich charakterze. Świadomość nasza jako pod-

miotowy współodpowiednik wrażeń i wyobrażeń, powstających w korze mózgu pod wpływem odpowiednich bodźców dochodzących do ośrodków korowych jedynie przez zmysły, byłaby pozbawioną poczucia masy, przestrzeni, kierunku, odległości, a przez to samo i poczucia rzeczywistości. Dzięki tylko współpracy systemu mięśniowego z narządami zmysłowymi w przenoszeniu do świadomości wrażeń niezliczonych oporów (masa zawsze stawia opór, a opór przezwyciężają tylko mięśnie) powstają w niej drogą dośrodkową współczesne i współrzędne akty myopsychiczne. One to składają się na plastyczność naszej świadomości, dzięki której (plastyczności) kształtujemy świat zewnętrzny jako przestrzenny, a więc rzeczywisty.

Poczucie rzeczywistości nie jest odziedziczone, ale nabywane przez rozwijające się dziecko dzięki myotycznemu kierunkowi jego wychowania. Opanowane przez szkołę sedentarną, a więc amyotyczną, kształcone przeważnie z książki, bez stałego i czynnego kontaktu ze światem zewnętrznym, co mu obok zmysłów zapewnić może jedynie ustrój mięśniowy, dziecko przeistacza się w człowieka dojrzałego formalnie, w istocie zaś pozostaje niedorozwiniętem, jednostronnie wykształconem w stosunku do realnych wymagań życia, gdyż świadomość jego, uboga w elementy myopsychiczne, odczuwa rzeczywistość jakby za mgłą, w kształtach niejasnych, nieuchwytnych, stąd oddziaływanie takiego osobnika nawet na silne bodźce zewnętrzne jest słabe, chwiejne, niezdecydowane, jego stanowisko wobec otoczenia cechuje niepewność, bierność, a nawet bezradność i dezorjentacja — stany, które w silniejszym stopniu spotykamy w psychozach...

POSIEDZENIE NAUKOWE W DZIEKANCE

dnia 17. 2. 1926

z udziałem gości z Gniezna.

Przewodniczący: p. Al. Piotrowski. Sekretarz: p. K. Sągin.

O. Bielawski: „HYPNOZA A KODEKS KARNY“ (drukowany w Now. Psych. w roku 1926 (zeszyt 1.).

DYSKUSJA.

P. Tomaszkiewicz zaznacza, że prawo musi być ogólne, aby można wszystkie przypadki podobne podciągnąć pod pewien paragraf. § 51 możnaby nadać brzmienie ogólniejsze, wykreślając słowo „chorobowych“.

P. Sobiecki zaznacza, że § 51 rozróżnia stan nieprzytomności i stan choroby psychicznej. Stany hypnotyczne możnaby podciągnąć tutaj. Wachholz twierdzi, że nie notowano dotąd ani jednego przypadku, gdzieby bezsprzecznie dało się stwierdzić, że czyn był popełniony w hypnozie. Kazuistyki nie należy wprowadzać do prawa. „Uszkodzenie na zdrowiu“, według § 223 kk. nie odnosi się tylko do ciała, ale i do psychy, wobec tego istnieje możliwość pociągnięcia hypnotyzera do odpowiedzialności karnej za partactwo lub za niedbalstwo. Niektóre osoby etyczne, zahypnotyzowane, nie dopuszczają się jednak czynu nieetycznego, karalnego. Wypadek omawiany ma znaczenie tylko teoretyczne.

P. Eimer podaje, że prof. Makarewicz stoi na stanowisku, że pojęcie „przymus cielesny“ obejmuje także kryterja przymusu psychicznego. Wolnej

woli nie można kierować w złą stronę u osobnika nawskroś etycznego i moralnego. Oponent zapytuje, czy u osoby hypnotyzowanej czyn jest narzucony czy tylko kierowany. Referent nasuwa oponentowi myśl teoretycznych rozważań, że może się zdarzyć przypadek, gdzie ktoś umyślnie może się dać zahypnotyzować, aby popełnić czyn karalny. Dalej p. E. cytuje przypadek, gdzie pewna kobieta w stanie hypnotycznym obnażyła się do naga. Scena skończyła się atakiem histerycznym.

P. Droszcz widział dużo wypadków hypnozy i wpływy tejże na zdrowie medjum. Według jego zdania jest słusznem żądanie ukarania szarlatanów zajmujących się hypnozą.

P. Piotrowski zwraca uwagę na to, że medjum musi być uległe hypnotyzerowi i że musi dobrowolnie i z natężeniem skoncentrować uwagę na jeden punkt, jeżeli hypnoza ma przyjść do skutku, w jednej lub kilku minutach. Kardynalnemi cechami stanu hypnotycznego są objawy, jak zniesienie woli i sprawności sądzenia, łatwa uległość wobec hypnotyzera, równająca się poddaństwu, osłabienie a nawet wyeliminowanie hamulców korowych. Ze względu na szczegół zasadniczy jak uległość, skoncentrowanie uwagi w jednym punkcie, wypada przyjąć, że śpiącego nie można zahypnotyzować; sprawa ta jednak nie jest dostatecznie wyświetlona. Natomiast pewnem jest, że oporni, dzieci, cały szereg osób psychicznie chorych jak manjacy, melancholicy, chorzy ze stuporem (z wyjątkiem histeryków, epileptyków i paranoików), idjoci, gorączkujący, nie mogący skupić uwagi i nie mogący pozostać pewien czas bez ruchu, nie nadają się do hypnozy. Hypnoza jako terapja u psychicznie chorych jest bezskuteczna, a częste hypnotyzowanie umysłowo chorych może chorobę pogorszyć.

Częste hypnotyzowanie osób zdrowych, którzy z trudnością poddają się hypnozie, może późniejsze hypnotyzowanie ułatwić. Ciekawem zjawiskiem jest fakt, że mieszkańcy Indji angielskich poddają się hypnozie łatwiej niż europejczycy. W gruncie rzeczy należy przyjąć, że każdy osobnik, mogący skupić uwagę przez dłuższy czas bez przerwy na jednym punkcie, nie poruszając się ani razu, nadaje się do hypnotyzowania, jeden łatwiej, drugi trudniej, jeden zasypia prędzej, drugi później. Dyspozycja do zahypnotyzowania się leży w korze mózgowej i polega na szybkiem męczeniu się psychicznem osobnika poddającego się hypnozie. Kto łatwo psychicznie się męczy, łatwiej ulega hypnozie. Nikt nie może stwierdzić z całą stanowczością, że nie nadaje się do hypnozy. Objawy hypnotyczne nie są w każdym przypadku te same. Pod względem motorycznym stwierdzamy często objawy katatoniczne. Co do pamięci należy zaznaczyć, że głęboka hypnoza znosi pamięć na czas trwania hypnozy, w lekkiej hypnozie pamięć może być zachowana do pewnego stopnia. U osób słabowitych występują po hypnozie dolegliwości neurasteniczne. Wskutek częstego hypnotyzowania może powstać u osób słabowitych nawet psychoza. Uwzględniając objawy ujemne z jednej strony, nie należy z drugiej strony pominąć cech dodatnich hypnozy, która w całym szeregu funkcjonalnych zachorzeń nerwowych, stosowana indywidualnie i ostrożnie, stanowi skuteczny środek leczniczy, a w każdym razie jest pożyteczną w formie sugestji.

W sądownictwie czyn karalny popełniony w stanie pohypnotycznym nie może być subsumowany pod pojęcie § 51 kk., albowiem nie zachodzi tu żadne

kryterjum tego paragrafu, jak nieprzytomność i chorobowe zaburzenie psychiczne z wykluczeniem wolnej woli. Możnaby tylko powiedzieć, że wolna wola sprawcy działającego w stanie pohypnotycznym była wykluczona wzgl. osłabiona, a tego stanu kod. k. obowiązujące na ziemiach polskich nie uznają w przeciwieństwie do Kodeksu Napoleona, który w § 64 głosi:

„Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou qu'il a été contraint par une force, à laquelle il n'a pu résister", — t. zn., że nie będzie poczytane przestępstwo, jeżeli sprawca popełnił je w stanie zachorzenia psychicznego, albo jeżeli działał pod wpływem siły, której nie mógł się oprzeć. Człon drugi tego paragrafu zawiera kryterja, które znajdujemy także w stanie pohypnotycznym.

Nawet gdyby nastąpiło rozszerzenie § 51 n. k. k., wskutek wykreślenia wyrazu „chorobowego", jak proponuje p. Tomaszkiewicz, to jednak stan pohypnotyczny nie mógłby być podporządkowany pod pojęcie zaburzeń psychicznych (§ 51 n. k. k. brzmi: Nie ulega karze, kto w czasie dokonania przestępstwa znajdował się w stanie nieprzytomności lub w stanie chorobowych zaburzeń psychicznych, który wyklucza wolną wolę). Istnieje jeszcze jedno pytanie, czy rozszerzenie § 51 po myśli propozycji p. Tomaszkiewicza odpowiadałoby postulatom opinji publicznej, która z pewnością niechętnie widziałaby bezkarność pijaka, który popełnił przestępstwo w stanie zwykłego pijaństwa, gdzie wolna wola jest wykluczona z powodu zaburzeń psychicznych, które atoli nie są zaburzeniami chorobowemi.

P. Eimerowi odpowiada p. Piotrowski, że niewiasta, o której wspominał p. Eimer, była histeryczką i na uraz psychiczny, jakim jest hypnoza, zareagowała napadem histerycznym, co odpowiada doświadczeniom, że osoby słabowite po hypnozie często miewają różne dolegliwości i nieprawidłowości funkcjonalne, między temi może się pojawić i napad histeryczny.

P. Piotrowski kończy swoje wywody opinją, że o ileby ustawodawstwo włączyło hypnozę w orbitę swych postulatów, należałoby przy konstruowaniu odpowiedniej formułki uwzględnić także znaczenie hypnozy jako środka leczniczego. Taksamo jak to ma miejsce z morfiną, która jako trucizna wykluczona jest z wolnego handlu, atoli jako pożyteczny środek analgetyczny oddana do dyspozycji lekarzy.

O. Bielawski w odpowiedzi oświadcza, że bynajmniej nie zamierzał proponować konkretnych przepisów dotyczących karalności czynów dokonanych w związku z uprawianiem hypnozy, lecz tylko pragnął dać sądowo-psychjatryczne oświetlenie tematu.

P. Sobieckiemu odpowiada, że nie przypuszczał, że § 223 może objąć czyny karalne, stanowiące uszkodzenie zdrowia psychicznego i moralnego w szczególności w następstwie stosowania zgubnych praktyk hypnotycznych. § 223 brzmi: „Kto umyślnie krzywdzi inne osoby na ciele lub ich zdrowiu wyrządza uszczerbek, ulega za uraz cielesny karze... i t. d.". W każdym razie przepis ten dotyczy lekkich urazów, karalnych na wniosek, a nie z urzędu. Referent zaś kładzie akcent na to, że hypnotyzowanie należałoby karać z urzędu, gdyż osoba poszkodowana (wielokrotnie hypnotyzowana) zazwyczaj nie znajdzie w sobie tyle siły, by przeciwstawić się sprawcy w formie oskarżenia go przed sądem.

P. Eimerowi referent odpowiada, że określenie czynu dokonanego pod wpływem hypnozy i w stanie hypnotycznej sugestji jako czynu spełnionego pod przymusem fizycznym (o ile tylko prawo dopuszcza taki komentarz) jest zupełnie racjonalnem.

P. Piotrowskiemu referent odpowiada, że skłonny jest uważać zabiegi hypnotyczne i sugestję hypnotyczną za szkodliwe w każdym razie, a więc również stosowanie ich jako środka leczniczego. Szkodliwość polega oczywiście na rzuceniu niezasymilowanych myśli do psychiki hypnotyzowanego. Hypnoza, tak jak morfina, jest zawsze szkodnikiem dla ustroju. W ręku lekarza jednak odpowiednio dawkowana może mieć zastosowanie jedynie jako remedjum symptomatyczne. Oczywiście niekiedy hypnoza może usunąć dokuczliwe dolegliwości i w konkretnym przypadku przynieść choremu duży pożytek. Wtedy korzyść jest większa niż uszczerbek na zdrowiu wypływający z ogólnej istoty zabiegu.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE
w dniu 27. 3. 1926 r.

Przewodniczy: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Sągin.

O. Bielawski: *Przypadek sądowo-psychjatryczny. — Opór przeciwko władzy. — Konstytucja histeryczna. — Poczytalność.*

S. W. lat 22 w dniu 31. 12. 25 r. wiecz. w towarzystwie dwóch kolegów udał się do kawiarni, gdzie już „dość wstawiony“, rozpoczął awanturę. W. twierdzi, że nie pamięta, jak się dostał do aresztu i co się z nim potem wogóle działo. Nie przypomina sobie, że stawiał opór policji, że znieważył urzędnika policyjnego i zniszczył urządzenia w areszcie. Dalej podaje, iż cierpi na nerwy, „za chorobę nie odpowiada“. Jeden ze świadków zeznaje, że W. wołał w restauracji: „co, psiakrew, policja chce odemnie“, i zamierzył się krzesłem na policjanta. Przy aresztowaniu W. stawiał opór czynny i bierny, tak że musiano go przemocą wyprowadzić na ulicę, nie chciał iść, tylko kazał siebie nieść i to wysoko, aby się nie pobrudził. W. miał być wtenczas mocno pijany i nie wiedział, co czynił.

Stała komisja lekarska superrewizyjna stwierdziła, że W. miewał napady histeryczne i zaburzenia świadomości. Obserwacja szpitalna wykazała nerwicę przewlekłą, ujawniającą się napadami histerycznymi ze znacznem przyćmieniem świadomości, drgawkami toniczno-klonicznemi, osłabieniem odruchów spojówkowo-rogówkowych i źrenicowych.

Podsądny W. podaje o sobie, że pochodzi z rodziny dziedzicznie nieobarczonej, rozwijał się w dzieciństwie dobrze, uczył się dobrze. Na wojnie nie raniony, nie kontuzjonowany. W 1919 r. W. widział na ulicy osobnika w napadzie kurczowym. Kilka lat później, jako telegrafista przy stacji odbiorczej bez drutu, W. popadł w silne zdenerwowanie z tej przyczyny, „iż zaczęły grać wszystkie stacje i nie mógł odebrać depeszy“. W tem zdenerwowaniu dostał W. napad kurczowy. Był już kilka razy karany za awantury uliczne. Podaje, że w dniu krytycznym — wieczór sylwestrowy — pił dużo w domu i w restauracji (ilości wypitego trunku ściśle jednak podać nie może), a ponieważ miał zajście z kucharzem, który go wyrzucił z kuchni kawiarnianej i bił go pięścią, przeto W. wpaść miał w tak silne rozdrażnienie, że z dal-

szych zajść pamięta tylko fragmenty. W szczególności nie pamięta żadnego z zarzuconych mu aktem oskarżenia czynów karalnych.

Badanie objektywne, neurologiczne i psychjatryczne, poza pewnemi znamionami histerycznej konstytucji (osłabienie reakcji spojówki i odruchu gardzielowego, pobudliwość uczuciowa) nie wykazało żadnych innych objawów upośledzenia psychicznego ani też choroby psychicznej.

DYSKUSJA.

J. Gawroński podnosi, że mimo napadów, które zostały stwierdzone przez komisję superrewizyjną, uważa badanego za symulanta.

A. Piotrowski stwierdza, że W. jest histerykiem, którego afekt — dnia krytycznego — był silnie wzburzony. Przeżycia badanego w ów wieczór sylwestrowy należy rozłożyć na dwa okresy. W pierwszym okresie, od chwili wstąpienia do restauracji do chwili przybycia do aresztu, W. znajdował się w stanie zwykłego pijaństwa i wybryki jego były wypływem tego stanu. Jego awantura z kolegą w restauracji i jego postępowanie na ulicy przedstawiają przejawy zwykłego podniecenia alkoholowego. Po aresztowaniu dochodzi do tego podniecenia reakcja na przeżycia psychiczne (bardzo przykre), w formie silnego wzburzenia afektywnego; (odurzenie patologiczne!?). Brak zeznań świadków w tym kierunku nie pozwala wydać ostatecznego orzeczenia, dla tego p. Piotrowski proponuje, ażeby odłożyć opinję decydującą do głównej rozprawy sądowej.

O. Bielawski stwierdza, że na podstawie istniejącego materjału dowodowego nie może przyjść do wniosku, że W. w chwili krytycznej znajdował się w stanie przemijającego chorobowego rozstroju psychicznego, powstałego bądź to pod wpływem alkoholu, bądź to pod wpływem afektu lub innej przyczyny. Nie stwierdza, by W. był psychicznie chorym lub niedorozwiniętym w znacznym stopniu. W chwili krytycznej W. działał pod wpływem silnego zdenerwowania, które jednak nie przekraczało granic normalnego stanu psychologicznego, oraz pod wpływem alkoholu, którego działanie nie przekraczało granic fizjologicznych. Ze względu na niedostateczny materjał pod względem wyjaśnienia, czy zachodził u W. stan nieprzytomności, ostateczne orzeczenie referent wyda na rozprawie głównej, po postawieniu odnośnych pytań świadkom, którzy mogliby kwestję wyjaśnić.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE
dnia 27. 4. 26.

Przewodniczący: A. Piotrowski. Sekretarz: P. Sągin.

P. J. Gawroński przedstawia:

1) pacjentkę Cezarynę D., lat 66, dziedzicznie obciążoną ze strony matki i jej rodziny. Dziadek, matka, wuj zmarli na „pomieszanie". Chora już w młodym wieku była skłonna do samooskarżeń, mawiała, że jest brzydka, że rodzina się jej wstydzi, usuwała się też od gwaru i towarzystwa; zawsze była ceremonjalna i drażliwa. Od dwóch miesięcy podniecona, cierpi na bezsenność, głośno mówi do siebie, tupie nogami, bije się rękoma. Od tego też czasu przyjmuje chloral i inne nasenniki. Dnia 6. 4. r. b. rzuciła się do sadzawki. Wyratowana, uległa atakowi nerwowemu połączonemu z nieprzytomnością, rzucaniem rękoma i nogami, oraz ze śmiechem spazmatycznym.

Atak trwał godzinę, nieprzytomność trzy godziny. W dniu 20-go kwietnia br. przyjęta do zakładu. Somatycznie: źrenice słabo reagują na światło i zborność. Miękkie podniebienie nieczułe na dotyk, w jamach nosowych ozaena. Puls słaby, 104, równy, temperatura 37, 1° C. Wyraźne ślady miażdżycy. Psychicznie: chora zorjentowana, pamięć rzeczy odległych dobra; pacjentka uznaje, że jest chorą. Przeważają afekty depresyjne, urojenia hypochondryczne, istnieje skłonność do samooskarżania. Nastrój depresyjny; pacjentka widzi i przewiduje wszystko w czarnych kolorach.

Przy przedstawieniu pacjentka niechętnie odpowiada na pytania i raz po raz stuka pięścią w stół ze złością. Wie, skąd przyjechała, nie pamięta jednak, co jadła na obiad, ani też dnia ani miesiąca. Prosi, żeby nie męczyć jej pytaniami; w nocy nie sypia. Ruchy żywe, porywcze; chora nie wypowiada żadnych życzeń. Ma mieć szum w uszach. Wstaje, chodzi, rzuca z siebie chustkę, powiada, że chce pozbawić siebie życia.

Referent uważa przypadek ten za depresję na tle miażdżycy z histerją.

---

2) Pacjent Józef C., lat 51, dziedzicznie nie obciążony. Służył w wojsku w czasie wojny. Do chorób wenerycznych nie przyznaje się; nie pije. Obecna choroba rozpoczęła się 3. 4. 26 r. ; z początku przejawiała się podnieceniem psychomotorycznem. Chory krzyczał, biegał, był jednak dostępny perswazjom i uspakajał się pod ich wpływem. Somatycznie: źrenice wązkie, nierówne, lewa szersza, wężowatość i stwardnienie arterji, brak czucia bólu na całym tułowiu, przeczulica zaś na pośladkach. Na silne ukłucia igłą w kończynach pacjent nie reaguje, natomiast ma przeczulicę dłoni i palców, oraz pewnych miejsc na stopach. Czucie na ciepło i zimno zachowane. Chód niepewny, podrywany; przy zwrotach chory się zatacza. Psychicznie: pacjent zdradza objawy psychomotorycznego podniecenia. Właściwej gonitwy myślowej niema, ale nieustające głośne gadulstwo, z giestykulacjami i przeskakiwaniem z jednego przedmiotu na drugi. Hyperkontakt z otoczeniem: rozmawiając z lekarzem chwyta go wpół, wypełnia swoją osobą cały oddział, spogląda od czasu do czasu na sufit, od czasu do czasu nasłuchuje, jakby z kimś rozmawiał. Wyraźnych urojeń z natłoku rozbieżnych myśli dopatrzeć się nie można. Badany często się modli. Zorjentowany w czasie i miejscu, w stosunkach osobistych, W dwa dni potem chory zupełnie spokojny; zaledwie chwilowe przebłyski przedwczorajszego podniecenia. Czucie na ból na całem ciele normalne.

---

3) Pacjentka Weronika S., lat 52. O obciążeniu rodzinnem nic pewnego. Obecna choroba rozpoczęła się w grudniu 1924 r. lękami, uciskiem w okolicy serca, brakiem apetytu i snu. Obok tych objawów silne podniecenie, krzyki, ataki agresywności. Takie objawy powtarzały się dość często od połowy grudnia 1925 r. do 6. stycznia 1926 r. Od tej daty aż do połowy lutego S. była spokojna. W połowie lutego nowy okres podniecenia, trwający aż do przybycia chorej do zakładu, t. j. do 16. 3. 26 r. W tem ostatniem podnieceniu wyzywała męża, dzieci, uskarżała się, że ją krzywdzą, dzieci nie uznawała za swoje, tak samo męża. Perjod straciła przed 6-ciu laty. Somatycznie: lekka asymetria twarzy (lewa połowa sparaliżowana), języczek zbacza również na lewo, lekkie drżenie palców u wyciągniętych rąk, puls słaby, nad sercem tony

głuche. Pacjentka przyszła do zakładu w wielkiem zaniedbaniu; włosy były zwinięte w kołtun i zanieczyszczone. W pierwszych paru tygodniach pobytu w zakładzie chora była podniecona (w czasie przyjęcia uderzyła pielęgniarkę w twarz). Uwydatniał się brak poczucia rzeczywistości, szczególnie wtedy, kiedy S. mówiła o swojej rodzinie. Mąż — to nie jej mąż; dzieci — to nie jej dzieci, bo ją biją! Nie nazywają jej matką, tylko „starą warjatką", „kurwą"! „Czy to są dzieci — to nie dzieci"! Głosów w czasie pobytu w zakładzie ani przedtem nie słyszała, „widziadeł" nie widziała. Chora uspokoiła się dość prędko; potem w jej zachowaniu zaczęła się uwydatniać pewna apatja: na kilkakrotne odwiedziny córek i rodziny pacjentka reagowała negatywnie, chodziła po sali, nie zdradzała najmniejszego zainteresowania się ich obecnością, nie rozmawiała z niemi. Różne pacjentki na wspólnej sali nazywała swojemi córkami, niby się niemi opiekowała, godziła się z pobytem w zakładzie.

4) Ewa F., lat 27, studentka. Obciążenia niema. Rozwój normalny. W czasie wstąpienia do zakładu pacjentka nie miała poczucia własnej choroby. Obecnie uznaje, że jest psychicznie chorą. S o m a t y c z n i e: ogólna hyperaestezja czuciowa, pozatem nic szczególnego. P s y c h i c z n i e; za przyczynę choroby pacjentka podaje miłość bez wzajemności. Badana jest bardzo zmienna w nastrojach, czasami gwałtowna, a nawet agresywna, czasami znów wpada w depresję: płacze, narzeka, poczem prędko się uspakaja, prędko też wpada w podniecenie. Zmiany te odbywają się w ciągu jednego dnia. W okresach depresji głównym tematem jej zwierzeń wobec lekarza i otoczenia są różne hypochondryczne urojenia, dotyczące własnej osoby i osób z rodziny lub znajomych. Raz mówi o wadzie serca, to znów, że jest zarażona kiłą i musi być odosobniona, oraz odpowiednio leczona, że robiono jej Wassermanna i że wypadł dodatnio, to znów mówi, że za trzy dni umrze, kiedyś znów mówi, że nie jest panną i dla tego przeniesiono ją na inny oddział, aby ją w tym kierunku zbadać. Rzadziej przenosi urojenia na ojca, brata, koleżankę, mówi, że ojciec jest chory; z tego powodu płacze, w nocy nie śpi, chce opuścić zakład, ażeby ratować ojca. Asocjalna, egoistyczna. W stanach podniecenia domaga się pracy, o ile się jej takową dostarczy, prędko ją porzuca. Urojenia, jakie snuje chora, łatwo jej wyperswadować, wypowiada je z uczuciem niepewności; wypowiadając urojenia o treści smutnej, ma wyraz twarzy lekko uśmiechnięty. Orjentuje się w czasie, miejscu i w stosunkach osobistych dokładnie. Pamięć zachowana. Referent przyjmuje w tym przypadku histerję.

DYSKUSJA.

ad. 1. p. Bielawski twierdzi, co do pacjentki Cerezyny D., że o ile serologicznie uda się wykluczyć lues, natenczas wypadnie przyjąć arterjosklerozę mózgu. W przypadku ad 2 p. Bielawski proponuje wykonanie punkcji lumbalnej, gdyż obraz kliniczny wielce przemawia za porażeniem postępującem. Stan bredzeniowy zachodzi wszak też w przebiegu p. p. Euforja, bezkrytycyzm i znaczne otępienie przemawiają również za p. p. — Do przypadku ad 4 p. Bielawski neguje histerję wysuniętą przez referenta, gdyż brak odpowiednich psychotycznych podstaw do przyjęcia histerji; stwierdza u chorej debilitas mentalis. Na tle niedorozwoju psychicznego powstała psychoza manjakalno-depresyjna w formie cyklicznej.

P. Piotrowski zwraca uwagę na słabe i nieregularne tętno pacjentki ad 1 (myocarditis arteriosclerotica), zaznacza, że „poniewolny" śmiech, nazwany tak przez referenta, pojawia się też przy arterjosklerozie. P. Piotrowski charakteryzuje stan badanej jako depresję u osoby organicznie chorej. Wątpliwość powstaje w tym kierunku, czy choroba psychiczna powstała na tle arterjosklerozy mózgu, czy też chora cierpi na dementia senilis. Ruchliwość, niepokój, mianowicie w nocy, przemawiałyby za chorobą „dementia senilis", natomiast drażliwość, opryskliwość, poczucie i świadomość choroby przemawia za arterjosklerozą mózgu. U pacjenta J. C. (ad 2) p. Piotrowski rozpoznaje stan delirium tremens i przytacza liczne przypadki z dawniejszej swojej praktyki, gdzie mimo negacji nadużywania alkoholu, obraz chorobowy przedstawiał wyraźne cechy „delirium tremens"; dopiero po śmierci pacjenta rodzina przyznała, że zmarły nadużywał alkoholu. Należy wspomnieć, że gdyby badanie serologiczne wypadło pozytywnie, przemawiałoby to za p. p.; wówczas możnaby uważać stan chorobowy pacjenta za pierwszy ostry przejaw p. p., albowiem choroba ta rozpoczyna się niekiedy ostrem pomieszaniem, podobnem do delirium tremens. — U pacjentki W. S. (ad 3) p. Piotrowski przyjmuje zaburzenia psychiczne u głuptaczki albo presbyofrenję. W tym kierunku należałoby przeprowadzić dalsze badania. — W przypadku E. F. (ad 4) p. Piotrowski przyjmuje debilitas mentalis i stwierdza psychozę manjakalno-depresyjną o typie nieregularnym i demonstruje graficznie różne typy i odmiany, regularne i nieregularne, psychozy m.-depr.; p. P. dochodzi do wniosku, że u badanej mamy do czynienia z formą zupełnie nieregularną psychozy manjakalno-depresyjnej, gdzie poszczególne fazy tak manjakalne, jak depresyjne wykazują różną trwałość, od kilku godzin do kilku dni i różne nasilenie, przerywane częste okresami, w których niema żadnych objawów psychotycznych.

P. Sągin zaznacza, że u pacjentki C. D. (1) nie należy łączyć stanu psychicznego w młodości pacjentki ze stanem psychicznym obecnym, gdyż pacjentka już od młodocianych lat cierpi na bardzo przykrą dolegliwość w postaci ozaeny. Zakażenie ozaeną w poźniejszym wieku jest mało prawdopodobnem, a raczej pewnem w młodości i to z tego powodu, że błona śluzowa nosa u dzieci wzgl. u osób bardzo młodych jest mało odporna i łatwo ulega rozmaitym zachorzeniom. Stan psychiczny w młodości pacjentki, a mianowicie jej przygnębienie, odludność, służalczość, a nawet zamiary samobójcze, wypływały właśnie z cierpienia połączonego z nieuleczalną, niesłychanie przykrą dla pacjentki i otoczenia chorobą nosa. — W przypadku pacjentki E. F. (ad 4) p. Sągin, opierając się na tem, że pacjentka ni w swoich studjach ni w swojem zajęciu nie mogła pójść dalej, że jest dziecinną i niebardzo rozwiniętą mimo, że ma poza sobą maturę, stwierdza, że F. jest conajmniej debilną; psychoza jej przypomina psychozę manjakalno-depresyjną, o której też w tym przypadku w pierwszej linji trzeba myśleć. Psychopatka o typie badanej może także wykazywać objawy histeryczne.

W słowie końcowem p. Gawroński zaznacza, że w przypadku pacjentki Ewy F. (ad 4) myślałby w pierwszym rzędzie o histerji; uderza go tu także objaw ambiwalencji.

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE

Państwowy Zakład Psychjatryczny

KOBIERZYN

Sprawozdanie*)
za
ROK 1926

PODAŁ DYR. DR. J. MORAWSKI

Ruch chorych w 1926 r. przedstawia się jak następuje:

Ilość etatowych łóżek	550
Było chorych na początku 1926 r.	903
Przyjęto w ciągu 1926 r.	447
Wypisano w ciągu 1926 r.	506
Zmarło	71
Pozostało na r. 1927	773
Najwyższa dzienna ilość	949
Najmniejsza dzienna ilość	760
Przeciętna dzienna ilość	870

Rozmieszczenie 940 chorych na 550 etatowych miejscach natrafiało na znaczne trudności, tembardziej, że — bez względu na przepełnienie Zakładu — musiano utrzymywać wprowadzoną z wielkiemi zachodami segregację chorych podług ich stanu psychicznego. Znacznie przepełnionymi okazały się zwłaszcza oddziały noszące charakter przytułkowych. Stan ten zmuszał do zagęszczenia łóżek, do zajęcia na sypialnie sal dziennego pobytu chorych, do układania pewnej liczby chorych (20—40 na każdym prawie oddziale) na siennikach po korytarzach, itp. Wynikały stąd nieporozumienia i bójki między chorymi, tembardziej że stosunek liczbowy personelu pielęgniarskiego do ogółu chorych przedstawiał się w roku sprawozdawczym jak 1:7. Warunki pracy lekarzy i personelu były nader trudne; to też były wypadki przejścia 1 lekarza i kilkunastu osób służby pielęgniarskiej do zakładów b. zaboru pruskiego, gdzie praca jest znacznie łatwiejsza a wynagrodzenie znacznie wyższe.

W chwilach największego przepełnienia Zakład miał na 948 chorych 5 lekarzy, prócz dyrektora, dalej: 16 Sióstr oddziałowych i 126 pielęgniarzy i pielęgniarek.

Dn. 30. 5. Tymczasowy Wydział Samorządowy zamknął dla nowych przyjęć zakłady w Kobierzynie i Kulparkowie i polecił Dyrektorom tychże zakładów wypisać jaknajwiększą ilość nie niebezpiecznych dla otoczenia i siebie chorych. Dzięki tym zarządzeniom ilość chorych w Kobierzynie — narazie — znacznie się obniżyła. Położenie zaczęło się wkrótce jednak pogarszać, bo wypadło przyjmować od nieodpowiadającego swemu przeznaczeniu oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Łazarza po 12 chorych miesięcznie. W grudniu 1926 r. Zakład wysłał 63 chorych do zakładów poznańskich. Mimo to grozi stopniowy powrót do dawnego przepełnienia (w maju 1926 r. — 77%, na końcu roku — 40%).

*) W streszczeniu Red.

Tablica I.

Rodzaj choroby	Pozostało z ub. roku m.	k.	Przyjęto m.	k.	Wypisano m.	k.	Zmarło m.	k.	Pozostaje na 1. I. 27 m.	k.
Oligophrenia	27	26	13	12	13	15	—	1	27	22
Psychopathia constitution.	8	3	10	2	11	2	—	—	7	3
Psychosis man.-depressiva	13	9	4	11	9	14	1	—	7	6
Schizophrenia	357	258	153	135	178	154	15	8	317	231
Psych. epileptica	53	23	25	1	31	8	2	2	45	14
Hysteria	—	6	2	4	2	6	—	1	—	3
Paral. progr.	55	14	22	8	16	5	24	5	37	12
Enc. letharg.	6	2	1	1	2	—	—	—	5	3
Inne psychozy organiczne	11	8	7	3	6	5	3	1	9	5
Psych. praesenilis et senilis	6	11	5	16	5	11	2	5	4	11
Alcohol., Morph., Cocainismus	5	—	7	2	7	2	—	—	5	—
Sine morbo psychico	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Observatio	—	—	2	1	1	1	1	—	—	—
	543	360	251	196	283	223	48	23	463	310
razem:	903		447		506		71		773	

Po raz pierwszy przyjęto 348 osób, po raz drugi 67 osób, po raz trzeci 26 osób, po raz czwarty 2 osoby, po raz piąty i ósmy po 1 osobie, po raz siódmy 2 osoby.

Tablica II.

Wypisano w 1926 r.	Mężczyzn	kobiet
Wyleczonych	2	2
Polepszonych	76	78
Bez zmiany	197	143
Zbiegło	8	—
Zmarło	48	23
razem:	331	246

Zbiegło 8 mężczyzn, przeważnie w czasie pracy. Czterech z nich pozostało w domu, czterej zostali odprowadzeni do Zakładu przez rodziny lub policję. Nieprzyjemnych komplikacji nie było.

Zmarło w roku sprawozdawczym — 71 osoba (48 m. i 23 k.), co w odniesieniu do ogólnej liczby leczonych w tym roku 1350 osób stanowi 5,26%. Porażeńców leczono 99 osób, z nich zmarło 29 osób, t. j. 29,2%. Ilość leczonych chorych bez porażeńców wynosiła w roku sprawozdawczym — 1251 osób, z nich zmarło 42 osoby, t. j. 3,35%.

Tablica III.

Przyczyny zejść śmiertelnych w 1926 r.

Marasmus	2	Enteritis catarh. etc.	2
Tbc. pulmonum	19	Pyaemia, sepsis	7
Dysenteria	1	Ictus paral., suffocatio	1
Bronchitis etc.	29	Suffocatio e cibo	1
Adynamia cordis etc.	8	Intoxicatio	1

Nieszczęśliwych wypadków było 4; daleko posunięta paralityczka, popchnięta przez inną chorą, doznała uszkodzenia 2 żeber, 1 paralityk zmarł w czasie śniadania, udławił się bułką rozmoczoną w herbacie, 1 paralityczka

zmarła w ataku epileptycznym w czasie śniadania. Wreszcie był wypadek podwójnego otrucia: Chora (z grupy chorób rozszczepieniowych) niejednokrotnie czyniła wyrzuty odwiedzającemu ją mężowi, że nie spełnia danej jej kiedyś obietnicy otrucia jej, gdy choroba okaże się nieuleczalną. Mąż odwiedzał chorą regularnie, odnosił się do niej bardzo serdecznie, i robił wrażenie człowieka zrównoważonego. W dniu wypadku mąż zachowywał sie prawidłowo, opłacił koszta leczenia za miesiąc z góry, i po zwykłej rozmowie z lekarzem udał się na oddział do żony, i — jak to się czasem zdarzało — dał asystującej przy widzeniu pielęgniarce przywiezione śniadanie z poleceniem przygotowania i podania chorej. Ze względu na serdeczny stosunek męża do chorej i prawidłowe zachowanie się jego, pielęgniarka nie zawahała się spełnić polecenia, wyszła do kuchni, i po parominutowej nieobecności znalazła obydwoje konających. Ze względu na użytą truciznę (cyankali) nie udało się odratować żadnego z nich.

We wszystkich 3 przypadkach dochodzenia Prokuratury nie wykazały winy ze strony pracowników Zakładu.

Tablica IV.

Podział zmarłych w 1926 r. podług chorób psychicznych.

	m.	k.	razem
Imbecillitas	—	1	1
Psych. maniaco-depressiva	1	—	1
Schizophrenia	15	8	23
Psychosis organica (bez p. p.)	3	1	4
Paralysis progressiva	24	5	29
Epilepsia	2	2	4
Hysteria	—	1	1
Psych. praesenilis et senilis	2	5	7
Observatio	1	—	1
razem	48	23	71

Z 11 wypadków róży (z nich 2 niespokojne chore przyjęto z różą) zmarła 1 osoba, z 3 wypadków czerwonki 1 osoba zmarła na czerwonkę, 2 wskutek innych chorób. Stosowano regularne szczepienia przeciwczerwonkowe u nowoprzyjętych chorych i powtarzano je co 2 — 3 miesiące u chorych z oddziałów infirmeryjnych i słabych fizycznie.

Tablica XI.

Psychicznie chorzy przestępcy w 1926 r.

Rozpoznanie	Było dnia 1. I. 26	Przyjęto w 1926 r.	Wypisano	Pozostaje na r. 1927
Hysteria	1	—	1	—
Oligophrenia	6	—	—	6
Psych. constitutionalis	4	4	3	5
Schizophrenia	11	—	1	10
Paral. progressiva	1	—	1	—
Psych. praesenilis et senilis	—	1	—	1
Sine morbo psych.	2	—	2	—
razem	25	5	8	22

W porównaniu z 1925 r. uwydatnia się dalsze zmniejszenie ilości zużytych fizycznych i chemicznych środków krępujących: stosowano koce w ciągu 1926 r. — 742 razy (w 1925 r. — 1737 razy), leki nasenne 162 razy, zastrzykiwania skopolaminy z morfiną 124 razy (w 1925 r. — 211 razy) przy różnicy ilości leczonych w ciągu roku — 387 chorych. Dążąc w dalszym ciągu do zmniejszenia ilości używanych środków krępujących, Zakład nie ma na celu

zupełnego ich skasowania, ponieważ środek krępujący, szczególnie w przepełnionym zwykle Kobierzynie, zabezpiecza chorych od bardziej nieprzyjemnych i szkodliwych komplikacji. Stosowano również kąpiele przedłużone i odosobnienia (pierwsze — 7467 razy, drugie — 869 razy).

Odsetka chorych pracujących wynosiła w roku sprawozdawczym około 60%. Ze względu na przepełnienie Zakładu i niemożność przeprowadzenia właściwej segregacji pracujących z powodu znacznej ilości chorych przytułkowego typu, nie można liczyć na znaczniejsze zwiększenie ilości pracujących. Chorzy pracowali w polu i w ogrodzie, w kuchni, w maszynowni, w warsztatach, oddziałach i w kancelarjach.

W końcu 1926 r. pracowało w Zakładzie, prócz dyrektora, 7 lekarzy (z nich 1 absolwent medycyny). Personelu pielęgniarskiego było (na 31. 12. 1926 r.): 52 mężczyźni i 80 kobiet. Praca pielęgniarska była bardzo ciężka, a awans lub inne drogi polepszenia bytu na razie wykluczone.

Dla pracowni naukowej i prosektorjum zakupiono: 1 objektyw immersyjny do mikroskopu Zeiss'a, wirówkę wodną, mikrotom Schanze'go, i in. Inwentarz Szkoły pielęgniarskiej powiększono przez zakupienie modelu tułowia ludzkiego i kilku książek.

Bibljoteka lekarska liczyła z końcem 1926 r. — 421 dzieło, biblioteka chorych i pracowników — 858.

Lekarze Zakładu, pracujący naukowo, ogłosili szereg prac i przyjmowali udział w pracach Towarzystwa Psychjatrycznego i Neurologicznego w Krakowie. Celem wykorzystania (chociażby tylko częściowego) materjału sekcyjnego zapoczątkowano obowiązkowe systematyczne badanie kory mózgowej we wszystkich wypadkach sekcyj zakładowych.

Część gospodarcza.

Dochody Zakładu w 1926 r. wynosiły:

Dotacje Tymczasowego Wydziału Samorządowego we Lwowie	zł	549.025.—
Opłaty za leczenie chorych	„	461.225.92
Dochody z majątku i gospodarstwa	„	41.099.08
Różne	„	46.346.80
razem	zł	1.097.696.80

Kwestja wpływów kosztów leczenia przedstawia się bardzo smutnie, bo Zakład otrzymuje tą drogą nie wiele więcej ponad 42% ogólnej sumy wydatków.

Wydatki Zakładu wynoszą:

Wydatki osobowe	zł	436.710.08
Żywienie chorych	„	277.972.79
Opał, światło, konserwacja budynków etc.	„	201.305.24
Bielizna, obuwie, sprzęty i meble	„	47.134.79
Leki, utrzymywanie pracowni lekarskich i biblioteki, szkoła pielęgniarska	„	9.165.14
Druki, porto, podróże służbowe, środki lokomocji i inne wydatki administracyjne	„	26.127.50
Folwark i ogród	„	31.015.19
Różne	„	49.142.84
razem	zł	1.078.573.57

Koszt jednego dnia leczenia wynosił 3.— zł 39,5 gr., z tego na opłacenie personelu wypada 1 zł 37 gr, na wyżywienie chorych 85,5 gr, na wszystkie pozostałe wydatki — 1 zł. 14,5 gr.

Taksa wynosiła w kl. III. — 3 zł, w kl. II. — 7 zł. w kl. I. — 10 zł dziennie.

Ilość chorych I-ej klasy nie przenosiła 2 osób, na II-ej bywało przeciętnie po 75—80 dziennie, z tych ostatnich kilkanaście osób korzystało z najrozmaitszych zniżek.

W 1926 r. poddano remontowi 2 pawilony i szereg budynków administracyjnych i gospodarczych, oraz parę mieszkań lekarskich i urzędniczych. Zrekonstruowano ściany w 2 złożach oksydacyjnych oczyszczalni biologicznej, przeprowadzono gruntowną naprawę wiązania dachowego na kościele, naprawiono 4 kotły parowe, itp. Koszt ogólny powyższych robót wynosił zł 60.611.53. Pozatem, zainstalowano pompę z motorem dla celów irygacyjnych (kosztem 3.300 zł) i wymieniono podkłady na torze dowozowym Zakładu (kosztem zł 6.520.34), wreszcie odnowiono gruntownie samochód osobowy.

Uprawiano, prócz 10-morgowego pola, 8 mórg pastwiska i 2 morgów wikliny koszykarskiej: około 4,5 morga ziemniaków, 12 mórg owsa, 2 morgi buraków pastewnych, 5 m. kapusty, 1 m. buraków ćwikłowych i około 15 mórg siana.

Z początkiem 1926 r. stan inwentarza żywego wynosił: 23 krowy, 6 jałówek, 8 koni, 116 świń, 5 wołów, 1 cielę, 1 buhaja. W ciągu roku dostarczył folwark Zakładowi: 82 świnie, 2 woły, 3 krowy, 1 jałówkę 13 cieląt, 46.948 ltr. mleka.

Roboty na folwarku i w ogrodzie wykonywane były przez chorych zakładowych.

Ochronka dla dzieci funkcjonarjuszy Zakładu, opłacających po 1 zł. miesięcznie za dziecko, daje dodatnie wyniki.

Zakład Psychjatryczny

TWORKI

Sprawozdanie *) za ROK 1926

Zespół lekarski składał się z końcem roku sprawozdawczego, prócz dyrektora, z: 3 prymarjuszy, 2 ordynarjuszy i 4 lekarzy-asystentów. Na jednego lekarza przypadało w średnim rachunku 166 czynnych łóżek.

Dalej Zakład posiadał 1 kapelana, 13 urzędników, 13 Sióstr Miłosierdzia, 9 osób wyższego i 132 niższego personelu pielęgniarskiego, 81 osób służby technicznej i 14 personelu folwarcznego i ogrodowego.

Obszerniej motywowanych opinji sądowo-psychjatrycznych wydano 54 (47 m. i 7 k.). Autopsji zwłok dokonano 34.

Zimą lekarze prowadzili wykłady anatomji, fizjologji i higjeny na 6-tygodniowym kursie dla niższego personelu pielęgniarskiego.

Bibljoteka lekarska obejmowała z końcem 1926 r. 431 numerów; bibljoteka chorych i personelu — 2701 numerów katalogowych w 2886 tomach.

Udział lekarzy w pracach towarzystw naukowych zaznaczył się szeregiem odczytów, referatów i pokazów.

Biuro szpitala posiada 11 urzędników. Według dziennika podawczego w 1926 r. było w załatwieniu 15.068 aktów. Większa część korespondencji dotyczy kosztów kuracyjnych.

Tablica I

Ogólny ruch chorych w 1926 r.

	m.	k.	razem
Pozostało z poprzedniego roku	404	398	802
Przyjęto w ciągu 1926 r.	299	225	524
Razem leczono	703	623	1326
Wypisano	183	163	346
Przenies. do in. szpitali	59	35	94
Zmarło	37	38	75
Pozostaje na 31. 12. 1926	424	387	811

---

*) W streszczeniu Red.

Liczba przyjęć (524) stanowi 65,34% stanu chorych z dnia 1. 1. 1926 r. Liczba zmarłych stanowi 5,65% ogółu leczonych. Wyniki pobytu chorych w zakładzie przedstawiają się stosunkowo jak następuje:

wyniki dodatnie u 195 osób, t. j. u 37,87% ubyłych,
wyniki obojętne u 245 osób, t. j. u 47,57% ubyłych,
wyniki śmiertelne u 75 osób, t. j. u 14,56% ubyłych.

Na ogólną liczbę chorych było: samotnych — 50,19%, żonatych i mężatek — 43,32%, wdów i wdowców — 4,96%, niewiadomo — 1,53%.

Tablica II.

Podział podlug rozpoznania.

Rozpoznanie	Pozostaje z poprz. r.		Przybyło		Ubyło		Pozostało na 1. I. 27	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Zaburzenia psych. po urazach mózgu	1	—	2	—	1	—	2	—
Zaburz. przy chorobach organicznych	17	4	6	9	4	6	19	7
Zaburz. przy zatr. zewnątrz. pochodn.	22	4	20	4	18	3	24	5
Zab. na tle zatruć wewnątrz pochodn.	—	4	—	15	—	11	—	8
Psychozy infekcyjne	—	1	—	4	—	3	—	2
Zab. Psych. przy kile mózgu (p. p., wiąd.)	36	6	33	8	32	5	37	9
Psych. na tle miażdżycy i przemian wstecznych	9	44	18	25	10	24	17	45
Zaburzenia na tle padaczki	31	23	8	4	13	8	26	19
Otępienie wczesne	190	239	141	106	134	135	197	210
Psych. m.-depr.	15	26	10	34	10	25	15	35
Psychopatja ustrojowa	10	9	22	6	15	9	17	6
Reakcje psychorodne	3	—	10	2	8	2	5	—
Paranoia	1	1	1	—	1	—	1	1
Oligophrenia	64	36	25	8	28	5	61	39
Nierozpoznane	3	1	2	—	2	—	3	1
Sine morbo psych.	2	—	1	—	3	—	—	—
razem	404	398	299	225	279	236	424	387

Tablica III.

Rozpoznanie za życia zmarłych.

Rozpoznanie	m.	k.	razem
Porażenie postępujące	21	5	26
Porażenie z wiądem rdzenia	4	1	5
Otępienie starcze	2	3	5
Psychoza przedstarcza	1	5	6
Padaczka	2	4	6
Psych. man.-depr.	—	1	1
Rozszczepienie psychiczne	5	15	20
Niedorozwój psychiczny	1	2	3
Splątanie pozakaźne	—	1	1
Zaburz. psych. po urazie mózgu	1	—	1
Ropień mózgu na tle gruźlicy	—	1	1
razem	37	38	75

Tablica IV.

Przyczyny zejść śmiertelnych.

Przyczyny śmierci	m.	k.	razem
Zapalenie płuc włóknikowe	5	2	7
Dur brzuszny	—	2	2
Ostre spr. zapalne żołądka i jelit	—	1	1
Zapalenie opłucnej wysiękowe	1	—	1
Gruźlica płuc i in. narządów	2	13	15
Choroby mięśnia sercowego	1	3	4
Niedomoga czynnośc. serca	6	7	13
Uwiąd porażny	9	3	12
Napad porażny	11	3	14
Stan padaczkowy	1	2	3
Zaduszenie się w napadzie padaczkowym	1	—	1
Wylew krwi do mózgu	—	1	1
Ropień mózgu	—	1	1
razem	37	38	75

Z ogólnej liczby (81 = 71 m. i 10 k.) *pacjentów kryminalnych* ubyło 54 osoby, a mianowicie:

przeszło w stan internowan. po myśli § 39 k. k.	m 17 k. 1, r. 18
przeszło w stan chorych zwykłych	m. 1 k. 1, r. 2
zwolniono z decyzji sądowych na wolną stopę	m. 10 k. 1, r. 11
odesłano do więzienia	m. 19 k. 4, r. 23
razem	m. 47 k. 7, r. 54

Tablica V.

Rozpoznanie psychjatryczne pacjentów kryminalnych.

Rozpoznanie	m.	k.	razem
Uraz i schorzenia org. mózgu	5	1	6
Schizophrenia	10	2	12
Oligophrenia	13	—	13
Alkoholizm i morfinizm	8	—	8
Degeneracja psychopatyczna	10	4	14
Psychozy reakcyjne	4	—	4
Psych. man.-depr.	1	1	2
Brak objawów patologicznych	4	—	4
razem	55	8	63

Przypadków planowo przeprowadzonej symulacji nie było.

Tablica VI.

Chorzy młodociani.

Rozpoznanie	Było dnia 1. I. 1926		Przybyło		Ubyło		Pozostało na 1. I. 27	
	Ch.	Dz.	Ch.	Dz.	Ch.	Dz.	Ch.	Dz.
Niedorozwój psych. bez objawów ogniskowych	11	6	—	1	2	1	9	6
Zaham. rozwoju przy porażeniu dziecięcem	2	1	—	2	1	—	1	3
Padaczka	5	5	1	1	2	1	4	5
Rozszczepienie psych.	3	3	—	1	—	2	3	2
Zaburz. pośpiączkowe	3	1	3	2	1	1	5	2
Histerja	—	1	—	—	—	1	—	—
Pląsawica	—	—	1	—	—	—	1	—
Moral insanity	—	—	1	—	1	—	—	—
razem	24	17	6	7	7	6	23	18

Zakład utrzymuje Szkółkę — Ochronkę dla dzieci psychicznie chorych, do której ogółem uczęszczało — w roku sprawozdawczym — 37 dzieci, mianowicie: 21 chłopiec i 16 dziewcząt. Usunięto, w ciągu 1926 roku, ze szkółki — z powodu niesocjalności, z powodu pogorszenia stanu — wzgl. wypisano ze szpitala 11 chłopców i 5 dziewcząt, tak że na rok 1927 pozostaje w Szkółce 21 dzieci (10 chł. i 11 dz.).

Na rachunek Zakładu w Tworkach leczyło się dn. 1. 1. 1927 r. w zakładach pomorskich i poznańskich ogółem 758 chorych, mianowicie: w Kocborowie — 489, w Świeciu — 115, w Dziekance — 89, w Owińskach — 37, w Kościanie — 28 chorych.

W roku sprawozdawczym stosowano nadal środki krępujące, a mianowicie: koce — 1187 (794+393), odosobnienie — 324 razy (169+155), imobilizację — 151 razy (15+136), hyoscynę — 779 razy (82+697), leki nasenne — 3899 razy (132+3767). Znaczne różnice cyfr, dotyczących metod postępowania lekarskiego na oddziałach żeńskich w porównaniu z oddziałami męskimi, nie dają się wyjaśnić jedynie tylko właściwościami płci chorych. Odbiły się tu prawdopodobnie różnice szkół psychjatrycznych, z jakich rekrutują się ordynatorzy oddziałów.

Ogółem odbyło się 48 zabaw dla chorych, z czego na sali rozrywkowej (niestety zbyt małej dla większej ilości chorych) 28 i na pawilonach 20. Było 9 przedstawień amatorskich i 19 zabaw tanecznych. Na pawilonie pensjonarzy mężczyzn zostało założone radjo.

Liczba dni pracy chorych stanowi 26,5% (27,9% u mężczyzn i 25,2% u kobiet) ogólnej liczby dni szpitalnych.

Ucieczek chorych (nie licząc przypadków, gdzie chorzy niebawem wrócili do zakładu) było w 1926 r. 14, a mianowicie 12 u mężczyzn i 2 u kobiet. Trzy przypadki dotyczyły chorych sądownie internowanych, którzy wszakże wrócili po kilku dniach. Z liczby 14 osób zbiegłych 6 powróciło do zakładu.

Nieprzyjęto do Zakładu z powodu braku miejsca w roku sprawozdawczym 240 mężczyzn i 95 kobiet, ogółem 335 chorych. Zakład przepełnia się materjałem chorych przewlekłych i staje się coraz mniej zdolnym do przyjmowania przypadków ostrych. Liczba podsądnych internowanych z mocy decyzji sądowych doszła z końcem roku do 137; stanowi ona 27,1% stanu chorych mężczyzn.

Tablica VII.

Choroby zakaźne w 1926 r.

Wyszczególnienie	m.	k.	razem
Dur brzuszny	—	8	8
Róża	2	6	8
Odra	—	1	1
Grypa	—	23	23
Angina	2	2	4
Zimnica	4	7	11
Gruźlica	10	6	16
Gościec stawowy	1	—	1
Ostre stany zapal. przewodów pokarmowych	3	—	3
Parotitis	—	1	1

Z nieszczęśliwych wypadków zasługują na wzmiankę: jeden — gdzie pielęgniarz spowodował złamanie żebr mało przytomnego paralityka, przez przygniatanie kolanem chorego (pielęgniarz został oddany w ręce wymiaru sprawiedliwości), oraz drugi — dotyczący chorej schizofreniczki, która popchnięta przez drugą chorą upadła tak nieszczęśliwie, że uległa złamaniu szyjki kości biodrowej. Chora ta cierpiąca na ciężką gruźlicę płuc, zmarła nie doczekawszy się zagojenia złamania.

Z ważniejszych inwestycyj dokonanych w 1926 r. wymienić należy: gruntowny remont 4 mieszkań lekarskich, urządzenie pracowni dla chorych (stolarni, tokarni, betonowni, szczotkarni, koszykarni i tapicerni), instalację nowej pompy odśrodkowej, budowę ogrodzenia terytorjum zakładowego, remont dachów i rynien w całym Zakładzie i in.

Zamknięcie rachunkowe za rok 1926.

A. Dochody.

Dotacje M. S. W., Dep. Sł. Zdr.	950.000.— zł.
Koszta kuracyjne zaległe i bieżące	1.067.144.94 zł.
Folwark i ogród	87.641.63 zł.
Dochody różne	9.424.20 zł.
razem	2.114.210.77 zł.

B. Rozchody.

Płace personelu	486.952.09 zł.
Opał, światło, utrzymanie porządku	124.656.07 zł.
Konserwacja budynków, inwestycje bud.	165.449.54 zł.
Żywienie chorych	335.479.08 zł.
Odzież, bielizna i sprzęty	76.291.94 zł.
Utrzymanie chorych w zakładach b. zaboru pruskiego	805.041.65 zł.
Folwark i ogród	56.889.49 zł.
Różne	63.450.91 zł.
razem	2.114.210.77 zł.

Przeciętny koszt jednego dnia zakładowego wynosił w 1926 r. — 404,2 gr. Taksa szpitalna wynosiła: od 1. 1. do 31. 1. 26 r. — kl. I. 9 zł, kl. II. 6 zł, kl. III. 3,50 zł; od 1. 2. do 31. 12. 26 r. — kl. I. 10 zł, kl. II. 8 zł, kl. III. 4,50 zł.

Uprawiano 28,25 ha pola i ogrodów. Folwark posiadał z końcem 1926 r.: 13 koni, 2 źrebaki, 30 krów mlecznych, 1 stadnika i 55 wieprzy. Folwark dostarczył zakładowi m. in. 78.216 ltr. mleka.

Zakład korzystał z usług dwóch samochodów ciężarowych.

SPROSTOWANIE.

W ostatnim numerze Nowin Psychjatrycznych zaszło nidopatrzenie przy układaniu ogłoszenia z Marjówki. Mimo nadesłanego sprostowania wydrukowano ponownie „Dr. L. Bardt" zamiast „Dr. M. Giżycki". L. Bardt nie posiada dyplomu lekarskiego. Ogłoszenie znajdujące się na trzeciej stronie okładki niniejszego zeszytu ma już treść poprawną.



Dr. med. **WINCENTY SKOCZYŃSKI**

Dr. med. WINCENTY SKOCZYŃSKI

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE

Niepowetowaną stratę poniósł świat lekarski: Dnia 13. 8. 1927 r. umarł w Poznaniu po długich cierpieniach w 62-ym roku życia wybitny neurolog polski śp. dr. med. Wincenty Skoczyński. Śmierć jego okryła żałobą kolegów oraz liczne zastępy pacjentów, wdzięcznych za ocalone życie i za odzyskane zdrowie.

Śp. dr. Skoczyński, urodzony w r. 1865, ukończył gimnazjum Marji Magdaleny w Poznaniu i studjował medycynę na uniwersytecie w Berlinie. Egzamin państwowy zdał pod auspicjami wielkiego Virchowa, doktorat medycyny uzyskał w Bonn, na podstawie dysertacji: „Beitrag zur Kenntnis der Sprachbewegungshalluzinationen und ihrer Beziehung zum Gedankenlautwerden“. Przez szereg lat był lekarzem-prymarjuszem w uniwersyteckiej klinice neurologiczno-psychjatrycznej Charité w Berlinie. Od r. 1907 zajmował się praktyką lekarską w Poznaniu jako specjalista w chorobach mózgu i nerwów.

Śp. dr. Skoczyński pozostawił cenny zbiór przypadków z tumorami mózgu, które opisał bardzo szczegółowo i które później jako całość miał zamiar ogłosić drukiem. Na niektórych znajduje się napis „do druku“. O każdym swoim chorym robił bardzo szczegółowe notatki, uzupełniając je listami i fotografjami.

Przez zgon śp. dra Skoczyńskiego powstała w szeregach neurologów polskich ogromna luka, która nie łatwo da się wypełnić. Niepowetowaną stratę dla piśmiennictwa lekarskiego stanowi okoliczność, że śp. dr. Skoczyński nie zdołał ogłosić drukiem swojej cennej pracy o tumorach mózgu, zawierającej wyniki długoletniego, bogatego doświadczenia i badania.

Wrodzony dar do subtelnej analizy wszelkich zjawisk jako też wysoki poziom inteligencji otwarły mu swego czasu dostęp do prymarjatu w niemieckiej klinice uniwersyteckiej. Ile to trzeba cenić, ten tylko się dowie, kto sobie uprzytomni, że w owe czasy szalała w Niemczech burza prześladowawcza wobec polaków. Jeżeli więc mimo to śp. dr. Skoczyński jako polak wbrew konkurencji licznych kolegów niemców zdołał zwrócić na siebie uwagę czynników uniwersyteckich i uzyskać tak zaszczytne wyróżnienie, że awansował na prymarjusza, to świadczy tylko o jego wartości, o jego zdolnościach, o jego wielkich zaletach lekarskich i ludzkich.

Śp. dr. Skoczyński wyniósł z berlińskiej Charité głęboką wiedzę neurologiczną, bogate doświadczenie fachowe i sprawność łatwej orjentacji w zawiłych przejawach patologicznych systemu nerwowego i w ten sposób przygotowany doskonale do swego zawodu rozpoczął praktykę neurologiczną. W licznych trudnych przypadkach okazał on swoje wysokie kwalifikacje jako djagnosta, i olśniewał nieraz kolegów trafnością sądu, jasną, przekonywującą argumentacją oraz pewnością siebie. To też koledzy przyjmowali jego orzeczenia z wiarą, przekonaniem i uznaniem. Jako djagnosta, szczególnie w organicznych chorobach mózgu, śp. dr. Skoczyński śmiało może być porównany z równie już nieżyjącym sławnym neurologiem berlińskim prof. Oppenheimem.

Al. Piotrowski.